

TAMPEREEN YLIOPISTO
Taloustieteiden laitos

LUOTTAMUS, VAIKUTUSVALTA JA
ALIBUDJETOINTI SOPIMUSOHJAUKSESSA

Kunnallistalous
Pro Gradu tutkielma
Kesäkuu 2007
Ohjaaja: Pentti Meklin

Tania Nawfal

Tampereen yliopisto
Taloustieteiden laitos

TANIA NAWFAL: Tutkimus luottamuksen, vaikutusvallan ja alibudjetoinnin ilmenemisestä sopimusohjauksessa.

Kunnallistalouden pro gradu-tutkielma, 95 sivua, 8 liitesivua

Kesäkuu 2007

Tutkimus käsittelee luottamuksen, vaikutusvallan ja alibudjetoinnin ilmenemistä ennen ja jälkeen sopimusohjaukseen siirtymisen kehysbudjetointi – mallin sekä juoksevan laskituksen sairaanhoitopiirissä.

Olen valinnut case-sairaanhoitopiireikseni kaksi suhteellisen samankokoista sairaanhoitopiiriä ja kaupunkia: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin sekä Hämeenlinnan ja Seinäjoki. Tutkimuksen tavoite on tarkastella ja vertailla kahden erilaisen erikoissairaanhoidon sopimusohjausmallin: kehysbudjetoinnin (Kanta-Häme) sekä juoksevan laskituksen mukaisen sopimuskäytännön (Etelä-Pohjanmaa) vaikutuksia kuntien ja sairaanhoitopiirien mahdollisesti alimitoitettuihin erikoissairaanhoidon budjetteihin.

Aineistona käytän sairaanhoitopiireistä ja kunnista kerättyjä talousarvio- ja tilinpäätöslukuja sekä toukokuussa 2006 toteuttamieni haastattelujen haastatteluaineistoa jonka keräsin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, Seinäjoen kaupungilta, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä ja Hämeenlinnan kaupungilta. Teoriataustani nojaan tilaaja-tuottaja –mallin ja sopimusohjauksen tarkasteluun sekä teoriaan vaikutusvallasta ja luottamuksesta talousteoreettiselta kannalta. Keskeisiä pro gradu työni tuloksia ovat havainnot alibudjetoinnin poistumisesta niin kehysbudjetointi- sekä juoksevan laskituksen sairaanhoitopiirissä sitten sopimusohjaukseen siirtymisen. Sopimusohjauksella on myös ollut positiivisia vaikutuksia keskinäisen luottamuksen lisäämisessä sekä vaikutusmahdollisuuksien tasaamisessa sairaanhoitopiirien sekä kuntien keskinäisissä sopimusneuvotteluissa.

Avainsanat: alibudjetointi, vaikutusvalta, sopimusohjaus, luottamus

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
1.1. Tutkimuksen taustaa, tavoite ja rajaus	1
1.2. Tutkimuksen tutkimusote ja aineisto	6
1.4. Tutkimuksen käsitteet	7
1.5. Tutkimuksen eteneminen	10
2. ERIKOISSAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMISEN MALLIT	12
2.1. MARKKINAOHJAUS MALLI	13
2.2. HIERARKIAMALLI	13
2.3. NÄENNÄISMARKKINA – MALLI	14
2.3.1. Tilaaja-tuottaja -malli	16
2.4. SOPIMUSOHJAUS	17
2.4.1. Sopimusohjauksen määritelmä	17
2.4.2. Sopimusohjauksen kehitys	19
2.4.3. Sopimusohjaussopimuksen sisältöä	20
2.4.4. Sairaanhoidopiirin budjetointi	22
2.4.5. Sairaanhoidopiiri sopimusohjauksessa	22
2.4.6. Hinnoittelu	23
2.5. KEHYSBUDJETOINTI	23
3. KUNTIEN BUDJETOINTI JA ALIBUDJETOINTI	25
3.1. BUDJETOINTI JA ALIBUDJETOINTI	25
3.1.1. Budjetoinnin määritelmä	25
3.1.2. Kunnallisen budjetoinnin yleisperiaatteet	25
3.1.3. Budjetoinnin tehtävät	27
3.1.4. Budjettipelivaran, eksponoinnin ja budjettiharhan käsitteet	28
3.1.5. Budjettimotivaatio	32
3.1.6. Alibudjetointi	33
3.1.7. Syitä alibudjetoinnin esiintymiseen	33
4. LUOTTAMUS JA VAIKUTUSVALTA SOPIMUSOHJAUKSESSA	37
4.1.1. Luottamuksen määritelmä	37

4.1.2. Miksi sopimisessa tarvitaan luottamusta?.....	38
4.1.3. Luottamus sopimusohjauksessa.....	39
4.1.4. Tuotteistus.....	41
4.1.5. Hinnoittelu	42
4.2. VAIKUTUSVALTA	43
4.2.1. Valta ja budjettivalta.....	43
4.2.2. Budjettivallan lähteet ja valtaperustat.....	45
4.2.3. Tuottajan ja tilaajaan välinen valtajako	46
4.2.4. Valta ja vaikutusvalta kunnallisessa budjetoinnissa	47
5. CASE- SAIRAANHOITOPPIIRIT JA -KAUPUNGIT	50
5.1. SAIRAANHOITOPPIIRIT JA – KAUPUNGIT, ESITTELY	50
5.1.1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.....	50
5.1.2. Seinäjoen kaupunki.....	52
5.1.3. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	54
5.1.4. Hämeenlinna	57
5.2. HAASTATTELUAINEISTON HANKINTA JA ANALYSOINTI.....	59
5.3. HAASTATTELUJEN TULOKSET	62
5.3.1. Kuntien ja sairaanhoitopiirien näkemykset.....	62
5.3.1.1. Luottamus	62
5.3.1.2. Vaikutusvalta	65
5.3.1.3. Alibudjetointi	68
5.3.2. Näkemykset Seinäjoella ja Hämeenlinnassa.....	70
5.3.2.1. Luottamus	70
5.3.2.2. Vaikutusvalta	72
5.3.2.3. Alibudjetointi	76
5.3.3. Vertailua Hyvösen ja Järvisen artikkeliin.....	77
6. PÄÄTELMÄT JA POHDINTAA	81
6.1. Kunnat vs. sairaanhoitopiirit.....	81
6.2. Ennen ja jälkeen sopimusohjauksen	82
6.3. Seinäjoki vs. Hämeenlinna	83
6.4. Ennen ja jälkeen sopimusohjauksen	86
LÄHTEET	91
LIITTEET	96

Liite 1. Sähköpostiviesti jossa pyydetään kaupunkien talousarviolukujen lähettämistä.	96
Liite 2. Haastattelukysymykset.....	97
Liite 3. Haastateltaville sähköpostilla lähetetty haastattelupyyntö.....	101
Liite 4. Taloustaulukot.....	102

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1. Graduni ulottuvuudet ja näkökulmat.....	8
Kuvio 2. Graduni rakenne kaaviona.....	13
Kuvio 3. sopimusohjausprosessi Pirkanmaalla.....	22
Kuvio 4. Palvelu ja laatu Harisalon ja Miettisen mukaan.....	40
Kuvio 5. Palveluja ja laatu tutkimuksessani.....	41
Taulukko 1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tulot vuosina 1999- 2005.....	51
Taulukko 2. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin menot vuosina 1999- 2005.....	52
Taulukko 3. Seinäjoen kaupungin erikoissairaanhoidon menot vuosina 1999-2006, tilinpäätös verrattuna talousarvioon.....	54
Taulukko 4. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin tulot vuosina 1999- 2005.....	55
Taulukko 5. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin menot vuosina 1999- 2005.....	56

Taulukko 6. Hämeenlinnan kaupungin erikoissairaanhoidon menot vuosina 1999-2005, tilinpäätös verrattuna talousarvioon.....	58
--	----

Kuvio 6. Haastattelujen ulottuvuudet ja näkökulmat.....	59
---	----

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimuksen taustaa, tavoite ja rajaus

Punnosen vuodesta 1996 lähtien Suomen Kuntaliitolle tuottamat sairaanhoitopiirien jokavuotiset talous- ja toimintatilastot ovat antaneet ymmärtää, että sairaanhoitopiirit ovat alimitoitaneet budjettejaan vuodesta 1992 alkaen. Punnosen raporteissa on kiinnitetty huomiota talousarvioiden tiukkuuteen ja epärealistisiin tavoitteisiin selvitä edellisvuotta pienimmillä menoilla alati kallistuvien hoitojen ja kasvavien hoitomäärien todellisuudessa. Punnosen raportit antavat viitteitä erikoissairaanhoidon budjettien toistuvasta alimitoittamisesta.

Hyvösen ja Järvisen artikkelissa Contract-based budgeting in Heathcare (2006), case tutkimus Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, todetaan yhtenä syynä erikoissairaanhoidon budjettien vuosittaiseen ylitykseen olevan juuri kuntien alibudjetointi. Ilmennyttä alibudjetointia perusteltiin kunnissa sen vaivattomuudella. Valtuustolle esiteltiin ensin alimitoitettu tilaus ja budjetointikehykseen sopiva budjetti, ja kun valtuusto sai seuraavana syksynä eteensä lisätilauksen- ja budjetin, ei asialle enää voitu tehdä mitään.

Kuntien velvollisuus järjestää erikoissairaanhoidopalvelut:

Sairaanhoitopiirien perustaminen alkoi vapaaehtois pohjalta jo vuonna 1979. Alun perin perustamisen syyt olivat hallinnollisia, mutta myöhemmin tarkoituksena oli saada keskittämällä aikaan kustannussäästöjä. (Nylander, 1990, 9-16, Mäkelän, 1994, 8 mukaan.)

Kansanterveislain 66/1972 mukaan jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon varten maa on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin, lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Jokaisella sairaanhoitopiirillä on oma keskussairaala, joista viisi on erityistason sairaanhoidon antavia yliopistollisia sairaaloita. Myös jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö,

2003.). Myös erikoissairaanhoidolaki 1989/1062 määrää, että kunnan on huolehdittava kuntalaisten erikoissairaanhoidon järjestämisestä.

Erikoissairaanhoidon ja laskutus

Valtion, kuntien ja sairaaloiden välisiin suhteisiin tuli muutos vuoden 1993 alusta. Terveyspalveluiden tuottaja, maksaja ja järjestäjä erotettiin toisistaan. Ennen sairaaloille maksetut suorat valtionavut maksettiin nyt kapitaatioperiaatteella kuntiin. Korvamerkkitsemättömillä valtionosuuksilla kunta sai hankkia sairaalapalvelunsa mistä parhaaksi näki. Sairaaloiden ja sairaansijojen määrä supistui samaan aikaan kun sairaalakustannukset laskivat ensimmäistä kertaa maan historiassa. Palvelut hinnoiteltiin ja tuotteistettiin. (Linnakko 1996, 23.) Samanaikaisesti eri maissa toteutettiin tilaaja-tuottaja - uudistuksia, joilla pyrittiin luomaan markkinoihin verrattavat olosuhteet, ns. kvasimarkkinat erottamalla palvelujen ostaja ja tuottaja toisistaan. Hyvinkin erilaisia ratkaisuja terveyspalveluiden rahoitusjärjestelmissä toteutettiin, perusideana erilaisten markkinakannusteiden avulla saada lisää tuottavuutta ja vastakaikua julkisiin terveyspalveluihin. (Rytkönen 2001, 10.)

Kuntien alibudjetointi

Suomen Kuntaliiton (2000) tekemän suosituksen mukaan kunnan ja kuntayhtymän talousarvio- ja suunnitelmassa on otettava kokonaisuudessaan huomioon kunnan rahan käyttö ja rahan lähteet. Tiedossa olevia menoja tai tuloja ei tule jättää talousarviosta pois.

Hyvösen ja Järvisen (2006) artikkelin havaintona oli, että sopimusohjaus, toisin kuin oli luultu, ei muuttanut kuntien hitaita ja vanhoja budjetointikäytäntöjä vaan eräällä tavalla auttoi institutionalisoimaan ja oikeuttamaan vanhanaikaiset budjetointikäytännöt eikä näin ollen muuttanut budjetointivallan jakoa.

Alibudjetointi ei sinällään ole uusi ilmiö. Sitä tutkittiin alun perin budjettiharhan käsitteen kautta. Sen peruslähtökohtana on taloudellisten tavoitteiden asettaminen helpommin saavutettaviksi. Torvinen (2002) arvioi pro gradu työssään alibudjetoinnin syyksi kuntien heikentyneen taloudellisen tilanteen. Muuttuvista olosuhteista johtuen kaikilla kunnilla ei ole realistisia mahdollisuuksia pysyä budjettien rajoissa. Myös sairaanhoitopiirien ja kuntien

välisistä sopimuksista on puhuttu jo kauan. Niiden sisältö ja muoto on vuosien mittaan muuttunut kun erilaisia sopimuskokeiluja on toteutettu. Kuntien näkökantana on ollut vaatia kustannustehokkuutta sairaanhoitopiireiltä, jotka puolestaan vaativat kunnilta kustannustietoisuutta. Tästä kierteestä on ollut joissakin sairaanhoitopiireissä lopulta seurauksena jatkuva kuntien alibudjetoinnin kierre.

Kunnallinen budjetointirituaali ja budjettivallankäyttö

Tuittun vuonna 1994 kirjoittaman väitöskirjan empiirinen osio muodostuu vuonna 1992 Tampereelta, Turusta, Oulusta, Lahdesta, Kotkasta ja Lappeenrannasta kerätyistä budjettieliitille lähetetyistä kyselyistä, jotka käsittelivät tutkimuksen neljää budjettivallan ulottuvuutta: autonomiaa, osallistumista, valtapäätöksiä ja vuoden 1992 voimaan tulleen budjetin rakenneuudistusta. Valtapäätöksiä koskevissa kysymyksissä vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten he kokevat valtuuston vuosittaisen budjettikokouksen: rituaalisena vai todellisena päätöksentekotilanteena. Huomattavaa tulosten osalta oli se, että sen lisäksi että ne kallistuivat rituaalisuuden suuntaan, ne olivat myös kaupunkikohtaisesti hyvin lähellä toisiaan. Tulos vahvistaa yleistä käsitystä kunnallisten toimijoiden vaikuttamisen vaikeudesta. (Tuittu, 1994, 238.)

Kunnallista budjettivaltaa käytetään budjetilla. Budjettia on pidetty vain vuosittaisena rituaalina ja seremoniana, jolla ei ole varsinaisesti tekemistä itse vallankäytön kanssa. Toisaalta sitä pidetään merkittävimpänä vallankäytön välineenä kunnissa, koska sen kautta kanavoituvat kaikki ne hyvinvointiin varatut resurssit, jotka kerätään kuntalaisilta veroina ja maksuina. Budjettivaltaan liittyy mahdollisuus vaikuttaa määrärahoihin ja niiden suuruuteen. Budjettiohjauksen merkitys korostuu, jos kaupunkien taloudellinen liikkumavara kapenee. Niukkojen resurssien allokointiin vaaditaan yhä tehokkaampia ja taloudellisempia ratkaisuja. (Tuittu, 1997, 37-38.)

Kuntaorganisaatiossa päätöksentekijöiden toiminnan vapaus on aina suhteessa kunnan organisaatorakenteeseen ja taloudelliseen tilanteeseen. Mitä enemmän kunnalla jää käyttövaroja pakollisten menojen jälkeen, sitä enemmän varoja voidaan käyttää harkinnanvaraisesti ja valtaan nojaten. (Tuittu 1994, 163.) Tiukassa taloudellisessa tilanteessa alibudjetointia saatetaan käyttää ylimääräisten resurssien hankkimiseksi (katso Lukka, 1988, 20).

Aiempiä tutkimuksia sopimusohjauksesta ja sen soveltamisesta on olemassa kiitettävästi ja tilastotietoa sekä tutkimuksia eritoten Pirkanmaalta sairaanhoitopiiristä, jossa sopimusohjaus otettiin ensimmäisenä käyttöön. Pekurinen on ansioitunut sopimusohjaushankkeiden koordinoijana ja tutkimustiedon tuottajana mm. Pirkanmaalla. DRG-luokituksen soveltuvuutta suomalaiseen sairaalalaskutukseen ovat tutkineet Salonen, Häkkinen ja Keskimäki teoksessa ”Terveyystaloustiede 1996” samoin kuin Nenonen toimittamassaan tutkimuksessa ”DRG Suomalaisessa terveydenhuollossa”. Karhu on laatinut pro gradu työnsä Tampereen kunnallistieteiden laitokselle aiheesta sairaanhoitopiirien kuntalaskujärjestelmät. Holma puolestaan on ollut mukana kehittämässä eri sairaan- ja terveydenhoidon palveluille tuotteistusmenetelmiä. Torvinen on tehnyt gradunsa Kuopion yliopiston terveystieteiden laitokselle aiheesta Sopimusohjaus keinona hillitä erikoissairaanhoidon kustannuksia. Hyvönen ja Järvinen ovat laatineet artikkelin, jossa he tutkivat sopimusohjauksen vaikutuksista kuntien budjetointirutiineihin. Kuosmanen, Meklin, Rajala ja Sihvonen tekivät vuonna 2004 Pirkanmaalla tutkimuksen sopimusohjauksen vaikutuksesta ennustaa ja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia. Vuonna 2006 valmistui Kallion, Martikaisen, Meklinin, Rajalan ja Tammen tutkimus Turun, Tampereen ja Jyväskylän kaupunkien tilaaja-tuottaja – malleista sekä niiden vaikutuksista. Lukka on vuonna 1988 valmistuneessa teoksessaan ”Budjettiharhan luominen organisaatiossa” pyrkinyt kehittämään mittaria budjettiharhan mittaamiseen ja budjettiharhan vaikutusanalyysin systematisointia behavioristiselta näkökannalta. Hänen tutkimuksensa peruskäsitteistö muodostuu opportunistisesta toiminnasta, epävarmuudesta ja informaatiosta tarkasteltaessa budjettiharhan luomista.

Olen valinnut case-sairaanhoitopiireikseni kaksi suhteellisen samankokoista sairaanhoitopiiriä ja kaupunkia: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin sekä Hämeenlinnan ja Seinäjoki.

- Tutkimuksen tavoite on tarkastella ja vertailla kahden erilaisen erikoissairaanhoidon sopimusohjausmallin: kehysbudjetoinnin (Kanta-Häme) sekä juoksevan laskutuksen mukaisen sopimuskäytännön (Etelä-Pohjanmaa) vaikutuksia kuntien ja sairaanhoitopiirien mahdollisesti alimitoitettuihin erikoissairaanhoidon budjetteihin.

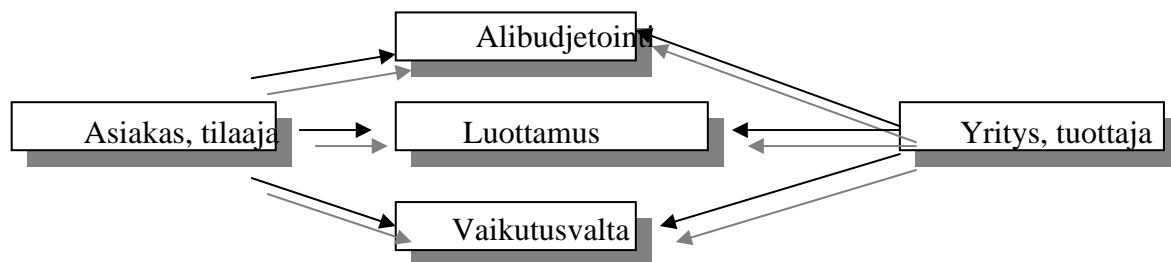
Tutkimuskysymykseni on:

Miten luottamus, vaikutusvalta ja alibudjetointi esiintyvät sopimusohjauksessa ja onko niillä keskinäistä yhteyttä?

Tutkimukseni osaongelmia ovat:

- Miten luottamus, vaikutusvalta ja alibudjetointi esiintyvät case-sairaanhoitopiireissä ja sopimusmalleissa?
- Onko sairaanhoitopiirien ja kuntien näkemysten luottamuksesta, vaikutusvallasta ja alibudjetoinnista, välillä eroja?
- Onko näissä ulottuvuuksissa havaittavissa muutosta sitten sopimusohjaukseen siirtymisen?

Pyrin tarkastelemaan tutkimuskysymystäni vertailemalla valitsemistani case-sairaanhoitopiireissä vallitsevia sairaanhoitopiirin ja kunnan välisiä suhteita sekä vertailemalla saamiani tuloksia Timo Hyvösen sekä Janne Järvisen artikkelin tuloksiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.



Kuvio 1. Graduni ulottuvuudet ja näkökulmat.

•Aiheen merkitys

a) tieteellisenä tutkimuksena:

Sopimusohjausta on tutkittu, sekä sen vaikutusta kuntien ja sairaanhoitopiirien keskinäisiin suhteisiin esimerkiksi Pirkanmaalla. Tässä tutkimuksessa vertaillaan kahden erilaisen sopimusohjausmuodon, juoksevan laskutuksen sekä kehysbudjetoinnin vaikutusta erikoissairaanhoidon kustannusten ennustettavuuteen sekä alibudjetointiin. Lisäksi

alibudjetointia ei ole järjestelmällisesti tutkittu sopimusohjauksessa, eikä myöskään linkitettyä luottamukseen ja vaikutusvaltaan.

b) yhteiskunnallisen käytännön kannalta:

Toivon tutkimukseni tuottavan vertailukelpoista tietoa sairaanhoitopiirien ja kuntien keskinäisistä vuorovaikutus- ja luottamasuhteista, sekä kahden tutkittavan sopimusohjausmuodon piirteistä. Tutkimustiedon toivon olevan hyödyksi kunnille ja sairaanhoitopiireille niiden miettiessä erikoissairaanhoidon palveluiden sopimuskäytäntöjä sekä keskinäisen kommunikoinnin tasoa.

- Rajauksen teen näiden kehysbudjetointi- ja juoksevan laskutuksen sopimusohjausmallin tarkasteluun. Tilaaja-tuottaja –malli on kattokäsite ja esimuoto nykyisille sopimuskäytännöille Tarkastelen sopimusohjausta vaikutusvallan ja luottamuksen näkökulmasta. Tarkasteluni rajapinta on kuntien ja sairaanhoitopiirin keskinäinen kommunikointi ja siksi enemmän käyttäytymistieteellinen kuin teknisluonteinen. Tarkasteluni ulkopuolelle jäävät sairaaloiden hinnoittelu- ja tuotteistusmenetelmät, käyn ne läpi vain pintapuolisesti. Kunnalliseen budjettiprosessiin paneudun taloustieteelliseltä näkökulmalta ennemmin kuin tekniseltä kannalta. En tutkimuksessani tule kiinnittämään huomiota palveluiden laatu- hinta tai kustannustehokkuuden eroihin eri sairaanhoitopiireissä. Tutkimukseni rajauksen ulkopuolelle jää sekä kuntien että sairaanhoitopiirien budjettiseuranta, -toimeenpano ja -tarkkailu, koska ne voisivat muodostaa oman tutkimuskokonaisuuden. En myöskään ole voinut paneutua kovin syvällisesti vaikutusvallan ja luottamuksen mittaamisen tarkkuuteen, koska mittareiden muodostaminen olisi ollut oma tutkimuskokonaisuutensa.

1.2. Tutkimuksen tutkimusote ja aineisto

Metodina on komparatiivinen tutkimusote, koska tutkimukseni on pitkälti empiiriseen analyysiin nojaava ja lähinnä deskriptiivinen (positiivinen). Todellisuuden oletetaan muotoutuvan toimijoiden subjektiivisista käsityksistä. Ilmiötä pyritään selittämään käsitteellisten viitekehysten muodossa ja antamaan tulkintoja toiminnalle. Tutkimuksen empiirinen aineiston kohdentaminen tapahtuu harvojen kohdeyksiköiden kautta. Tulosten yleistämisen mahdollisuus on täten rajallista mutta siihen ei välttämättä edes pyritä. Pro gradu työni tarkoituksena on tuottaa sekä laadullisia että numeerisia tuloksia suorittamalla vertailua

kahden case-sairaanhoitopiirin välillä, jotka edustavat kahta eri erikoissairaanhoidon sopimusmallia: sopimusohjausta ja kehysbudjetointia. (katso Lukka, 1988, 26–28, 33)

Aineistona käytän sairaanhoitopiireistä ja kunnista kerättyjä talousarvio- ja tilinpäätöslukuja sekä toukokuussa 2006 toteuttamieni haastattelujen haastatteluaineistoa jonka keräsin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, Seinäjoen kaupungilta, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä ja Hämeenlinnan kaupungilta

Teoriataustaan vasten rakensin haastattelujen rungon. Haastatteleamalla kahden case-sairaanhoitopiirin keskeisiä sopimusneuvotteluosapuolia niin sairaanhoitopiirin kuin kunnan puolelta pyrin muodostamaan käsityksen luottamuksen ja vaikutusvallan ilmenemisestä, eroista ja yhtäläisyyksistä kehysbudjetoinnin ja juoksevan laskutuksen sopimusohjausmallin sairaanhoitopiireissä joissa ilmenee alibudjetointia niin tilaaja- kuin tuottajapuolella.

Haastattelut ovat puolistrukturoituja teemahaastatteluja.

Ilmiöiden taso haastatteluissani on:

Kuntien ja sairaanhoitopiirien keskinäiset
sopimusneuvottelut

Menetelmien taso haastatteluissani on:

Kuntien ja sairaanhoitopiirien edustajien haastattelut
ja taloustilastoanalyysit

(katso Hirsjärvi ja Hurme, 2000, 48, 55).

1.4. Tutkimuksen käsitteet

Tutkimuksen peruskäsitteitä ovat:

Tilaja

Erikoissairaanhoidon palveluissa tilaajana voi toimia yksi kunta tai muutamien naapurikuntien muodostama yhteistyöelin. Tilaajien tehtävänä on ennakoida väestön erikoissairaanhoidon tarve, neuvotella kuntien ohjeiden mukaan palvelusopimus ja järjestää seuranta. (Kuosmanen, Meklin, Rajala ja Sihvonen, 2004, 17.)

Tuottaja

Tässä tutkimuksessa tuottajalla tarkoitetaan erikoissairaanhoidon palveluja tuottavaa yksikköä eli kuntayhtymää, toisin sanoen sairaanhoitopiiriä. Tuottaja on sopimisen toinen osapuoli. Tuottaja ei tässä asiayhteydessä ole vain palvelun tuottaja, vaan se on mukana koko palveluprosessin rakentamisessa. Ylin johto tekee sopimukset, jotka konkretisoituvat tuloyksiköissä, lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan tekemässä työssä. (Kuosmanen ym. 2004, 17–18.)

Sopimusohjaus

Sopimusohjaus on toiminnan tehostamiseksi kehitetty järjestelmä, jossa sairaanhoitopiiri ja kunta laativat sopimuksen joka sisältää palvelujen ostamisen ja myymisen lisäksi myös muita tilaajan ja tuottajan välisiä suhteita koskevat järjestelmät.

Sopimusohjaus-käsite ymmärretään eri sairaanhoitopiireissä hieman eri tavoin. Myöskään kirjallisuudesta ei löydy yhtä tarkkaa määritelmää sopimusohjaukselle. Sillä voidaan ymmärtää tarkkaa sopimusneuvottelu-sääntely-ohjauskäytäntöä tai se voidaan ymmärtää löyhästi tarkoittavan sitä yhteistyöhön ja neuvotteluun perustuvaa menettelytapaa, jolla asioita on hoidettu ja hoidetaan myös tulevaisuudessa. (Torvinen, 2002, 16.)

Sopimusohjausmenetelmien moninaisuus ja jatkuvasti kehittyvät muodot tekevät aiheesta saatavan tiedon epäyhtenäiseksi ja nopeasti vanhenevaksi, mikä osaltaan tekee aiheen haasteelliseksi.

Luottamus

Kevätsalon, Ilmosen ja Jokivuoren (1999, 2) mukaan luottamuksen määritelmälle on tyypillistä olettaa ensinnäkin osapuolten välisestä riippuvuussuhteesta ja yhteisestä hyödystä. Riippuvuussuhde voi olla esimerkiksi asiakas- tai työsuhde. Toiseksi luottamussuhteelle on tyypillistä vuorovaikutussuhteeseen liittyvä epävarmuus tai riski. Kolmanneksi luottamussuhteeseen sisältyy riski siitä, ettei riskinottoon vastataan opportunistisella tilanteen hyväksikäytöllä.

Sopimusohjaus pohjautuu agenttimalliin. Terveystieteissä agenttimallissa kuluttajalla on agentti joka ostaa palvelut tämän puolesta. Kuluttajan ja agentin välillä vallitsee luottamussuhde. (Pekurinen ym. 1997, 9-11.)

Valta

Tuittu (1994, 98–99) toteaa useihin tutkijoihin viitaten, että valta voi tarkoittaa todennäköisyyttä, että yksilö jossain sosiaalisessa tilanteessa saa tahtonsa läpi. Toisen määritelmän mukaan valta on kyky painottaa toisten ihmisten käyttäytymistä haluttuun suuntaan. Kiteyttäen voidaan todeta vallan olevan vaikuttamista ja koostuvan sosiaalisten suhteiden järjestelmästä.

Alibudjetointi

Alibudjetoinnin määritelmää täytyy lähteä avaamaan käsitteillä budjettiharha. Budjettiharha on tarkoituksellista budjettilukujen manipulointia johonkin suuntaan, yleensä toimijan henkilökohtaisia intressejä noudattaen. Toisaalta budjettiharhaa tarvitaan puskuriksi sitä epävarmuutta vastaan mitä syntyy kun taloussuunnittelussa käytetään ennusteinformaatiota. (Lukka, 1988, 21.)

Budjettiharhalla kuvataan budjettisuunnittelussa ilmentyviä tarkoituksellisia ylös- tai alaspäin vääristämisistä, kun taas alibudjetoinnissa on aina kyse budjetin alaspäin vääristämisestä.

Kehysbudjetointi

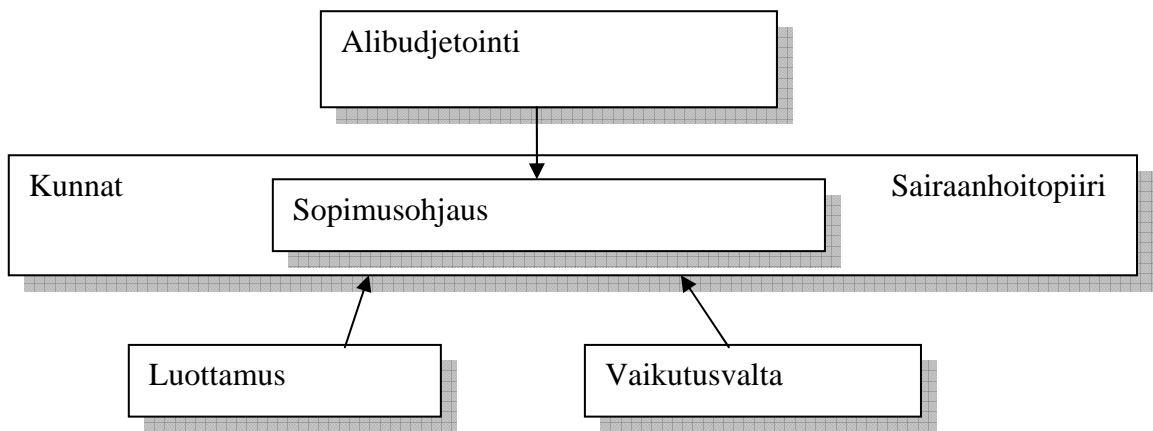
Kehysbudjetointi eli block contract: ”blokki”-sopimus on kiinteä kokonaisbudjetti tietyn väestön erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä. Kehysbudjetointia käytetään sopimusohjauksen yhtenä budjetointimuotona. Sopimus sisältää sopimukseen kuuluvat palvelutyypit, sopimuksen kokonaishinnan sekä sopimuskauden keston. Tyypillistä kehysbudjetoinnille on valmiiksi sovitut budjetin ”kehukset”.

Avainsanat: alibudjetointi, vaikutusvalta, sopimusohjaus, luottamus

Kun tutkimuksessani käytän termejä sopijaosapuolet, tarkoitan sairaanhoitopiiriä ja kuntia. Tilaajaosapuolella tarkoitan kuntia ja tuottajaosapuolella sairaanhoitopiiriä.

1.5. Tutkimuksen eteneminen

Luvussa 2 käyn läpi kolmen mallin: hierarkia-, markkinaohjaus- ja tilaaja-tuottaja – mallin peruspiirteitä. Tilaaja-tuottaja-malliin lukeutuu sopimusohjaus kun taas perinteisen laskutuksen tapa on otettu markkinaohjausmallista. Luvussa 3 tarkastelen budjetoinnin ja alibudjetoinnin käsitteitä ja määritelmiä. Samassa yhteydessä analysoin tarkemmin alibudjetoinnin syitä ja seurauksia Luvussa 4 käsittelen vallan ja luottamuksen käsitteitä sekä niiden suhteuttamista sopimusohjaukseen. Luvussa 5 käyn läpi kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen aineiston sairaanhoitopiireittäin suhteessa viitekehukseeni. Kvantitatiivisella aineistolla tutkin alibudjetoinnin ilmenemistä kuntien ja sairaanhoitopiirien talousarvioissa ja tilinpäätöksissä. Kvalitatiivisella aineistolla puolestaan pyrin kartoittamaan sairaanhoitopiireissä ilmeneviä alibudjetoinnin kolmea edellä mainitsemaani ulottuvuutta. Luvussa 6 käyn läpi aineiston pohjalta saamani päätelmät ja teen yleistä pohdintaa tutkimukseni tuloksiin liittyen.



Kuvio 2. Graduni rakenne kaaviona.

2. ERIKOISSAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMISEN MALLIT

Vuonna 1993 toteutettu valtionosuusuudistus merkitsi terveydenhuollon ohjauksessa siirtymistä valtiojohtoisuudesta kuntajohtoisuuteen. Kunnista tuli tilaajia ja sairaanhoitopiireistä palvelujen tuottajia. Kunta huolehti asukkaidensa terveyspalvelutarpeista ja niihin vastaamisesta. Tilaajan ja tuottajan suhde ja roolit jäivät kuitenkin valtionosuusuudistuksessa hämäräksi. Budjettiylitykset ja terveysbudjettien alimitoitus olivat keskeinen ongelma. Panoksiin painottunut ohjaus- ja suunnittelumalli vastasi huonosti paikallisiin kuntalaisten tarpeisiin. Toiminnalliset, taloudelliset ja poliittiset prosessit eivät kohdanneet. Erikoissairaanhoidon ohjaus ei ollut avointa ja läpinäkyvää. Erikoissairaanhoidon asiantuntijaorganisaatio saneli pitkälti paikallisen kehittämisen tarpeet omien lähtökohtien perusteella. Kunnat eivät voineet vaikuttaa erikoissairaanhoidon toiminta- ja kustannuskehitykseen ja ne olivat tyytymättömiä sairaanhoitopiirien poliittiseen ohjaukseen.

Kustannusten hallinta ja vuotuinen satunnaisvaihtelu olivat vaikeimpia ja suurimpia ongelmia. (Rytönen, 2001,1.)

2.1. MARKKINAOHJAUS MALLI

Markkinoiksi kutsutaan tilannetta jossa tuotannon tekijöiden tai hyödykkeiden kysyntä ja tarjonta kohtaavat ja jossa näille syntyy hinta tuottajien välisen kilpailun kautta. Jotta tilannetta voitaisiin kutsua aidoksi markkinatilanteeksi, täytyy riittävän kilpailun ja informaation olemassaolo olla taattu. Markkinoilta täytyy lisäksi voida poistua ja palata ilman rajoituksia. (Kähkönen, 2002, 286.)

Markkinoilla saattaa olla erilaisia markkinamuotoja, toisin sanoen kilpailutilanteita, teoreettisina ääripäinä täydellinen kilpailu ja monopoli. Täydellisen kilpailutilanteen vallitessa talouteen syntyy tasapainotila, jossa voimavarat kohdentuvat optimaalisesti. Monopolitilanteessa markkinoilla on vain yksi myyjä, joka pystyy määräämään hyödykkeen määrän, laadun tai hinnan. Julkinen sektori säätelee markkinoita enemmän tai vähemmän hintoihin vaikuttamalla. Erityisesti paikallishallinnossa on ollut joko toimilupatyypinen tai luonnollinen monopoli, esimerkiksi sähkönsiirrossa, viemäroinnissä, vesihuollossa, jossa palveluja on tuotettu suurtuotannon etuja hyväksi käyttäen. (Tuomala 1997, Kähkösen, 2001, 288–289, mukaan.)

Hallinnon uudistuksen keskeinen, joskin jossakin määrin epämääräinen käsite on tulosohtaus (result management, management by results, management for results). Se oli julkishallinnossa uutta ohjaustapa, jonka ajateltiin edistävän tuloksellisuutta ja lisäävän markkinaohjausta. Sillä haluttiin saattaa verorahoituksella toteutettua toimintaa markkinamekanismien piiriin. (Julkisen sektorin uudistaminen, 1992, 3, Meklinin ja Näsin, 1994, 6, mukaan.)

2.2. HIERARKIAMALLI

Jotta voitaisiin paremmin ymmärtää tämän tutkimuksen keskeistä käsitettä tilaaja-tuottaja – malli, on hyvä selvittää myös perinteisen kunnallisen toimintamallin, hierarkiamallin, toimintaperiaatteita. Hierarkiamallissa palvelujen tuottaminen järjestetään organisaation omana tuotantona. Hierarkiamallissa keskeinen ohjausväline on budjetti. Palvelujen tuotantokustannukset koostuvat paitsi tuotantokustannuksista myös hierarkisen toimintatavan ohjauksen kustannuksista. Tuotteiden nimeämiseen ja kustannusten laskemiseen ei ole voimakkaita kannustimia. (Kallio, Martikainen, Meklin, Rajala, Tammi, 2006, 19-22).

Idealistisessa kilpailutilanteessa tuottajat toimivat tehokkaasti. He kehittävät toimintaansa asiakkaan tarpeiden mukaan. Jos tuottaja ei toimi tällä tavalla, se olemassaolon edellytykset lakkaavat ja se poistuu markkinoilta tehden uusille, tehokkaammille ja asiakaslähtoisemmille tuottajille tilaa. Tilanteessa, jossa ei ole aitoa kilpailua, asiakaslähtöisyyden ja kilpailun huomioonottaminen ei ole niin välttämätöntä olemassaololle kuin aidossa kilpailutilanteessa, koska tuottajan asema ei ole niin kyseenalaistettua. Tuottajalle ei siten synny taloudellisia kannustimia toimia tehokkaasti ja asiakaslähtöisesti, ellei tilaaja luo niitä joillakin muilla tavoin. (Kähkönen, 2001, 290.)

Hierarkiamallia on arvosteltu siitä, ettei se kannusta yksilöitä ja organisaatioita tehokkaaseen toimintaan. Päätöksentekojärjestelmä aiheuttaa hierarkiakustannuksia, jolloin koko järjestelmä on raskasliikkeinen ja kallis.

2.3. NÄENNÄISMARKKINA – MALLI

Näennäismarkkinat syntyivät julkisen sektorin avatessa palvelutuotantonsa kilpailulle ja salliessa uusien tuottajien tulon palvelutuotantoonsa. Näennäismarkkinat voidaan käsittää itsenäiseksi markkinamuodoksi tai välivaiheeksi tavoiteltaessa aitoa markkinatilannetta. Näennäismarkkinat itsessään ovat yhteiskuntapoliittinen ratkaisu haluttaessa säännellä mitä palveluita halutaan tuottaa verorahoitteisesti ja mikä rooli julkisella sektorilla halutaan olevan missäkin palvelussa. Näennäismarkkinoiden olemassaoloon vaikuttaa myös se, minkälaisia palveluntuottajia markkinoilla sallitaan ja halutaan olevan. (Kähkönen, 2002, 287.)

Näennäismarkkinoita voidaan määritellä hierarkkisen tuotantotavan ja aitojen markkinoiden välimuodoksi. Ominaisuuksia, jotka erottavat näennäismarkkinat aidoista markkinoista, ovat:

1. Julkinen sektori on luonut ja ylläpitää näennäismarkkinoita
2. Tuotteilla, jotka on tuotettu näennäismarkkinoilla, on usein yhteiskunnallisia, kansalaisten hyvinvointiin liittyviä tavoitteita.
3. Useimmiten julkinen sektori toimii palvelutuotannon tilaajana, ohjaajana ja rahoittajana.
4. Näennäismarkkinoilla toimivilla tuottajilla saattaa olla muita toimintatavoitteita kuin voiton tuottaminen. Tuottajina saattaa olla julkisen sektorin omia, voittoa tavoittelemattomia tuotantoyksiköitä ja yrityksiä.
5. Palvelun tuottaja on yleensä eri kuin palvelun käyttäjä. Palvelun saaja ei yleensä maksa kulutushetkellä palvelusta itse, vaan palvelun tilaaja. Palvelun tilaaja toimii palvelun tuottajan ja kuluttajan välillä palvelubudjetin kontrolloijana. (Kähkönen, 2002, 286.)

Keskeisin ero näennäismarkkinamallilla ja hierarkiamallilla on se, että näennäismarkkinamallilla yritetään aikaansaada näennäisesti kilpaillut markkinat tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Hierarkiamallissa palvelun tuottajalta puuttui tyystin kannustimet tehostaa ja taloudellistaa toimintaansa, jolloin tuotantokustannukset kohosivat.

Näennäismarkkinoiden tärkeimmät muodot ovat tilaaja-tuottaja –malli ja palveluseteli. Tilaja-tuottaja – mallin ideana on erottaa palvelun tilaaja ja tuottaja toisistaan erillisiksi toimijoiksi. Tällä tavalla uskotaan saavutettavan tehokkuutta, kun kumpikin voi keskittyä perustehtävänsä hoitamiseen. Palvelusetelimallissa julkinen valta toimii palvelun rahoittajana tietyille väestöryhmälle antamalla ”palvelusetelin” joko suoraan palvelun käyttäjälle tai tämän valitsemalle palvelun tuottajalle. (Kähkönen, 2002, 287.)

Käsittelen työssäni vain tilaaja-tuottaja –mallia, koska sitä käytetään yleisesti niin terveydenhoidossa kuin erityissairaanhoidon järjestämisessä.

2.3.1. Tilaaja-tuottaja -malli

Tilaaja-tuottaja – malliin liittyvä käsitteistö ja ajattelutavat ovat edelleen selkiintymättömiä johtuen käytännön keskusteluista joissa termejä käytetään määrittelemättä tai epämääräisesti. Täsmeytymätöntä on esimerkiksi se, mikä on tilaaja-tuottaja – mallin suhde markkinoihin, näennäismarkkinoihin, markkinasuuntautuneisiin toimintatapoihin sekä sopimusohjaukseen. Joitakin keskeisiä tilaaja-tuottajamallin elementtejä on kuitenkin tunnistettavissa. (Kallio ym., 2006, 22).

Tilaaja-tuottajamallin oppirakennelma perustuu Valkaman (2004, 202) mukaan kahteen perustoimintoon eli tilaamiseen ja tuottamiseen. Toimintojen eriyttämisen avulla on tarkoitus luoda edellytykset erikoistuneen osaamisen ja kompetenssin kasvulle tavoitteena selkiinnyttää kuntaorganisaation toimijoiden roolit ja vastualueet.

Kunnalliseen kontekstiin sovitettuna tilaaja-tuottaja -mallissa nähdään kunnalliset organisaatiot jakautuneena tilaajiin ja tuottajiin siten, että tilaajat vastaavat kuntapalvelujen tuotanto-oikeuksien kilpailutuksista, joista tuottaja-agentit kilpailevat päästäkseen sopimuksen solmimisen jälkeen vastaamaan itsenäisesti kuntapalvelujen tuotannosta. Se seikka, että tilaussopimuksen solmimisen jälkeen tuottajan tulee saada tuottaa palvelut itsenäisesti, merkitsee sitä että tuottajan on tällöin myös kannettava vastuu tuotannon teknisestä tehokkuudesta. Tuottaja on tällöin aidosti itseohjautuva. (Valkama 2004, 203.)

Tilaaja-tuottajamalleja voidaan soveltaa eri tavoilla. Yhden luokittelutavan mukaan ne jaetaan kuluttajamalliin ja agenttimalliin. (HYKS-toimikunta 1995, Pekurisen ym. mukaan 1997, 10–11):

Kuluttajamallissa yksityinen kansalainen tilaa ja kuluttaa palveluita. Ostajalle annetaan vapaus itse valita mistä palvelunsa ostaa oman tietonsa, kokemuksensa ja mieltymystensä perusteella. Palvelun varsinaisena maksajana toimii vakuutuslaitos tai kunta, joilla on sopimukset kaikkien kuluttajan käyttämien tuottajatahojen kanssa. Kustannukset hoidetaan palvelusetelien tai vakuutusjärjestelmien kautta. Tämä malli on selkeästi markkinaohjautuvin,

sillä kuluttaja voi ohjata markkinoita omilla valinnoillaan. Mallissa on myös ostajan ja maksajan roolit erotettuina toisistaan.

Agenttimallissa terveydenhuollossa kuluttajalla on agentti joka ostaa palvelut tämän puolesta. Kuluttajan ja agentin, joka voi olla omalääkäri, yleislääkäri tai väestövastuutiimi, välillä vallitsee luottamussuhde. Agentti tekee kuluttajan puolesta myös sopimuksen palveluntuottajien kanssa ja hänellä on palveluiden rahoitusvastuu. Tässä mallissa ostaja ja maksaja ovat sama taho. Sopimusohjausmallissa, joka on agentti-mallin yksi muoto, tilaajana toimiva itsenäinen organisaatio tekee väestön tarpeisiin ja omiin rahoitusmahdollisuuksiinsa perustuvia ns. kollektiivisia sopimuksia tuottajaorganisaatioiden kanssa. Tilaajana toimiva organisaatio on keskeisessä asemassa suunnittelussa, sopimusten kilpailuttamisessa ja kustannusten arvioinnissa. Tämä edellyttää tilaajalta tietotaitoa, hyviä neuvottelutaitoja ja mielellään neuvotteluvoimaakin. (Pekurinen ym. 1997, 9-11.)

Tilaaja-tuottajamallin käyttöä on perusteltu siis tehokkuus- mutta myös kilpailuneutraliteettia edistävillä seikoilla. Kilpailuneutraliteettitavoite kytkeytyy tilaaja-tuottajasuhteeseen sellaisten näkökohtien kautta kuin oikeudenmukaisuus, tasapuolisuus ja yhdenvertaisuus kilpailuttavassa hankintaprosessissa. Tilaaja-tuottajamalli itsessään nojaa oletuksille kilpailun tarkoituksenmukaisuudesta ja realistisuudesta, rahalle arvoa – ajattelun lisääntymisestä, hierarkkisten toimeksiantosuhteiden heikosta vastuunalaisuudesta sekä paikallisten elinkeinon ja kansallisen kilpailukyvyn parantamistarpeesta. Mallin taloudellinen hyöty riippuu siitä miten tasavertaisesti palveluntuottajat saavat kilpailla ja miten oikeudenmukaisesti heitä kohdellaan. (Valkama 2004, 206.)

Tässä tutkimuksessa huomio kiinnitetään erityisesti agenttimalliin, koska siihen liittyy kuvaus kuluttajan ja tuottajan välisen välikäden olemassaolosta. Mallia ilmentää tilanne, jossa kunta ostaa erikoissairaanhoidon palveluita sairaanhoitopiiriltä sopimusohjausmenetelmän kautta.

2.4. SOPIMUSOHJAUS

2.4.1. Sopimusohjauksen määritelmä

Sopimusohjaus on terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jonka tavoitteena on kunnan, terveystieteiden ja sairaanhoitopiirin välisen yhteistyön kautta vaikuttaa terveydenhuollon kustannuskehitykseen, parantaa terveystieteiden ennakoitavuutta sekä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta. Sopimusohjaukseen sisältyy tilaajan ja tuottajan yhdessä sopimia pelisääntöjä sekä työnjako, joilla palvelujen järjestämisestä on sovittu. Käytännössä sopimusohjaus merkitsee kunnalle mahdollisuutta ohjata terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehitystä sopimusteitse. (Pekurinen ym. 1997, 9; Pekurinen 1999, 2.)

Sopimusohjaus voidaan kuvata tilaaja-tuottajamallin sovellukseksi, joka teoriaperustaltaan nojaa New Public Management-doktriiniin (NPM), josta 80- ja 90-luvuilla on tullut johtava koulukunta uuden julkisen johtamisen kehittämisessä. Suomessa NPM-doktriinin esiinmarssia edustaa tavoite- ja tulosjohtaminen, jotka 90-luvun taloudellisen laman varjossa levisivät valtion- ja kunnallishallintoon. Suomen NPM-doktriinin taustalta löytyvät yritykset parantaa toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta ja lisätä julkisen hallinnon ja palvelujärjestelmän avoimuutta ja läpinäkyvyyttä. Sopimusohjaus on istutettu perinteiseen kunnallishallinnon byrokraattiseen ympäristöön. Poliittinen päätöksenteko sekä tuottajan – sairaanhoitopiiriin että tilaajan – kuntien puolella säilyy entisenä. Sopimusohjaus on terveystieteiden suunnittelu-ohjaus- ja seurantamalli, jossa luodaan näennäismarkkinat, kartoitetaan kunnan väestön palveluiden tarve ja vastataan siihen tuottajan kapasiteetin tarjonnalla. Sopimusohjauksessa tilaaja ei kilpailuta tuottajaa, vaan keskeistä on päättäjien ja asiantuntijoiden sitoutuminen yhteistyöhön ja sitä kautta toiminnan, rakenteiden ja toimintatapojen kehittämiseen. Ohjauksessa ei haluta painottaa perinteistä vastakkaista tilaaja-tuottaja – suhdetta, vaan kumppanuutta ja yhteissuunnittelua (joint planning). Palvelusopimuksessa sovitaan tuotettavien palveluiden määrä, hinta ja laatuvaatimukset. Tuotteistuksena käytetään NordDRG – ryhmittelyä, jossa 80 % hinnasta sovitaan palveluista ja 20 % kokonaisuutena. Tuottaja määrittelee tarjottavat palvelut alkukesästä annettavassa tarjouksessa, jossa esitetään palveluiden suunnittelu, volyymi ja kiinteät yksikköhinnat ryhmitettynä kuntakohtaisiin kiintiöihin. Toiminnan muutokset suunnitellaan ja sovitaan yhdessä. (Rytkönen, 2001,2.)

Torvinen (2002, 56) jaottelee sopimusohjaussopimukset ”blokki”-, hinta ja määrä – sekä hoitokohtaisiin sopimuksiin. Nämä Englannissa 1990-luvulla käytössä olleet vaihtoehtoiset sopimusmuodot *block contract*: ”blokki”-sopimus (kiinteä kokonaisbudjetti tietyn väestön erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä), *cost and volume – contract*: hinta- ja määräsopimus (tietty korvaus tietyn toimenpiteen volyyminä) ja *cost per case contract*:

hoitokohtainen sopimus (potilasryhmäkohtainen laskutus) olivat siellä vakiintuneita sopimusmuotoja. (Brommels, Virtanen, Liukko 1998, 7.) Sihvosen (2003, 60) mukaan yllämainitut ovat kuntien ja sairaanhoitopiirien välisten sopimusmuotojen vaihtoehtoja. Nykyään niitä käytetään sairaanhoitopiireissä monesti yhtä aikaa muiden vaihtoehtojen ohella. (Rajala, 2007.)

2.4.2. Sopimusohjauksen kehitys

Ennen vuoden 1993 valtionosuusuudistusta valtionosuutta maksettiin kaikkiin valtionosuuteen oikeuttaviin menoihin. Valtionosuudet maksettiin suoraan sairaanhoitopiireille. Läänit ja lääkintähallitukset toimivat valvontaviranomaisina eikä kunnilla ollut muuta kannustinta tai ulkoista painetta arvioida kriittisesti toimintaansa. Menoperusteisessa järjestelmässä sairaanhoitopiirit saivat valtionosuudet suoraan taskuunsa. (Karhu 2004, 18; Pekurinen 1997, 8.)

Uuden valtionosuuslainsäädännön seurauksena järjestelmä muuttui. Valtionosuus maksettiin tuottajien sijaan tilaajille, eli kunnille. Tämä uudistus lisäsi kuntien neuvotteluvoimaa suhteessa kuntayhtymiin. (Pekurinen ym. 1997, 8.)

Uudistuksesta huolimatta ongelmakohtiksi jäivät käytännössä nämä seikat:

- Voimaan jäänyt erikoissairaanhoitolaki velvoitti kunnat kuulumaan johonkin sairaanhoitopiiriin, mikä piti erikoissairaanhoidon aseman poikkeuksellisen vahvana.
- Menojen ennakkointia ei vielä ollut kyetty kehittämään tarpeeksi ottamaan huomioon satunnaisvaihtelu palvelukysynnässä. Kunnat eivät aina pystyneet varautumaan ennakoimattomiin kuluihin tai sitten ne saivat yllättäviä palautuksia.
- Kunta tai terveyskeskus ei kunnan valtuuttamana voinut säädellä erikoissairaanhoitoon pääsyä.
- Uusien hoitomenetelmien kehittyminen johti tuottavuuden paranemiseen ja sitä kautta vapautti erikoissairaanhoidon kapasiteettia. Vapautunut kapasiteetti lisäsi erikoissairaanhoidon halukkuutta hoitaa uusia potilasryhmiä.
- Ylikapasiteetti lisäsi tarjontaa ja tarjonta edelleen kysyntää jonka seurauksena uusia potilas- ja ongelmaryhmiä ohjautui hoitoon erikoissairaanhoitoon.

(Kokko & Lehto, 1993; Kokko, 1995; Kauppinen 1995; Tuomola, 1996, Pekurisen 1997, 8 mukaan.)

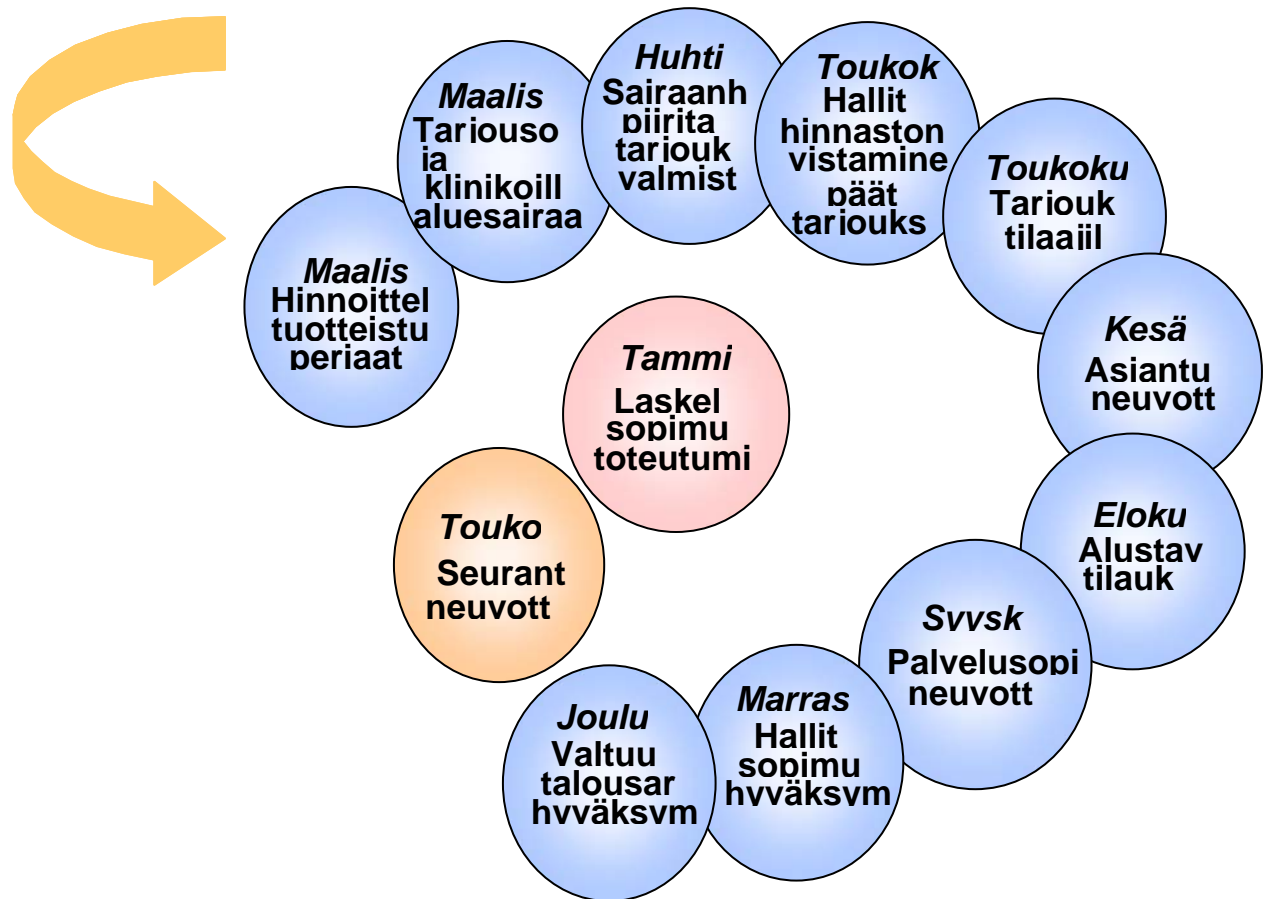
Rytkönen (2001, 1) toteaa tilaajan ja tuottajan roolien jääneen valtiosuusuudistuksessa hämäräksi. Budjettiylitykset ja terveysbudjettien alimitoitus olivat keskeinen ongelma. Uudenlaisen järjestelmän kehittämisen kimmokkeena toimi havainto vanhan valtiosuusujärjestelmän kannustavan pikemminkin voimavarojen kasvattamiseen kuin tehostamiseen. Ratkaisuksi asiakaslähtöisen ja toimivan terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ja menokehityksen hallitsemiseksi esitettiin sopimusohjausjärjestelmää. Sopimusohjausjärjestelmän odotettiin synnyttävän kustannustietoisuutta ja luovan toimivammat neuvottelu- ja sopimusjärjestelmät sekä kehittävän palveluiden laadun mittaamis- ja arviointikäytäntöjä. (Pekurinen ym. 1997, 9.) Sihvosen (2003, 10) mukaan tällaisia markkinamekanismin piirteitä alkoi julkisella sektorilla esiintyä 1980-luvulta alkaen, jolloin uudistettiin julkisjohtamista lyhyen ajan sopimukseen ja yksityisoikeudellisiin sopimukseen

2.4.3. Sopimusohjaussopimuksen sisältöä

Sopimusohjaus mielletään prosessiksi, jossa aluksi määritellään väestön palvelujen tarve ja sovitaan tuotettavien palvelujen määrästä ja hinnoista sekä alustavasti tilaajan ja tuottajan välisestä työnjaosta. Siinä laaditaan palvelujen laadun seurantajärjestelmät ja toteutetaan palvelurakenteen sopeuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet. Sopimusohjaukseen liittyy keskeisesti sopimusvapaus. Sopijaosapuolilla on vapaus lakien ja sopimusten puitteissa valita itselleen parhaiten sopiva sopimusmalli ja keskinäinen suhde. (Pekurinen ym.1997, 53–58.)

Sopimusohjausprosessin alussa, yleensä keväisin tai kesän alussa, sairaanhoitopiirit järjestävät neuvottelukierrokset omistajakuntiensa kanssa. Neuvotteluissa on tarkoitus sopia palveluiden sisällöstä, hinnasta, laadusta ja määrästä. Neuvottelut pyritään saamaan päätökseen hyvissä ajoin ennen seuraavaa vuotta, useimmiten syksyisin. Tavoitteena on kartoittaa kunnan palvelujen tarve ja tärkeimmät neuvottelukohteet. Yleensä tarve perustetaan kolmen edellisen vuoden toteumaan. Kunnan puolella neuvotteluissa voi olla mukana kunnanjohtaja, toimialajohtaja, terveydenhuollon vastaava lääkäri tai terveyslautakunnan puheenjohtaja. Molempipuolisen luottamuksen kannalta keskeistä olisi kummankin osapuolen perustelu

mahdollisille muutoksille. Kunta voi myös halutessaan liittyä tilaajarenkaaseen tai sopia neuvottelurenkaan toimimisesta myös tilaajarenkaana, jolloin kunnan ohjaus- ja neuvotteluvoima samoin kuin kustannusten ennustettavuus paranevat. (Torvinen 2002, 49.)



Kuvio 3. Sopimusohjausprosessi Pirkanmaan Sairaanhoidopiiriin mukaan.
<http://www.pshp.fi/piiri/toiminta/sopimusohjaus.htm> 9.12.2005

Pirkanmaan sairaanhoidopiiriin sopimusohjaushankkeen suunnitteluvaiheen loppuraportin esityksen mukaan sopimusohjaussopimuksessa lähdetään sopijapuolten eli tilaajan ja tuottajan määrittelyllä. Tästä edetään sopimuksen kohteeseen ja laajuuteen: sopimus voi kattaa koko erikoissairaanhoidon tai vain joitakin erikoissairaanhoidon osa-alueita. Palvelujen hinnan, määrän ja laadun lisäksi sovitaan korvauserusteista sekä menettelytavoista poikettaessa sovituista määräistä. Sopimus voi sisältää vielä yli- ja alikäytön kustannusten tasauskäytännöt. Osapuolten roolien selkiinnyttämiseksi sopimuksen yksi osa käsittelee tuottajan vastuuta ja vapautta yhdessä osapuolten välisen yhteistyön kanssa. Lopuksi sovitaan sopimuksen voimassaoloajasta, ehtojen täyttymisen seurannasta ja tarkistamisesta. (Pekurinen ym.1997, 53–58.)

2.4.4. Sairaanhoidopiirin budjetointi

Niissä sairaanhoidopiireissä joissa on käytössä sopimusohjaus, budjetit perustuvat yleensä sopimusohjaussopimukseen, koska se määrittelee sairaanhoidopiirin tulevan vuoden toimintaa ja tilauskantaa. Sopimusohjaus voi olla muotoa jo aiemmin mainittu *Costa and volume – contract*: hinta- ja määräsopimus. Sairaanhoidopiiri määrittelee tuotantokapasiteettinsa ja näin arvio esimerkiksi tarpeen ostaa ulkopuolisia palveluja, aineita, tarvikkeita ja tavaroita sekä olennaisena ellei olennaisimpana osana henkilöstön palkkakustannukset sekä työvoiman tarve. Jos taas sopimusohjaus on niin sanottu *block contract*: ”blokki”-sopimus eli kehysbudjetointi, niin kunnat kuin sairaanhoidopiirikin tietävät kiinteän summan mikä seuraavana vuonna erääntyy kuntien maksettavaksi ja sairaanhoidopiirin tuloksi. Sairaanhoidopiiri voi vastaavasti suhteuttaa menonsa. Jos laskutus ei ole sidottu suoraan sopimusohjaukseen, se ei luonnollisesti toimi budjetoinnin pohjana.

Sairaanhoidopiirin budjettia laadittaessa voidaan kiinnittää huomiota raha- tai reaali-perusteiseen budjetointiin. Tuotannon tekijöiden hankintaa, niiden muuttamista tuotannossa suoritteiksi ja suoritteiden myyntiä suoritemarkkinoilla kutsutaan reaali-prosessiksi. Reaali-prosessin ohella taloudellista toimintaa kuvataan myös yrityksen rahaproessin avulla. Kunnat maksavat suoritemarkkinoille myydyt tuotteet sairaanhoidopiirille, jolloin sille syntyy kassatuloja. Vastaavasti sairaanhoidopiirin on jo useissa tapauksissa täytynyt maksaa kassamenoina tuotannon tekijähankintansa tuotannon tekijämarkkinoille. (katso esim. Neilimo & Uusi-Rauva, 2001, 17.) Riippuu sairaanhoidopiiristä, kuinka tarkkaan ne budjetoivat raha- ja reaali-prosessinsa. Budjetoinnin pääpaino voi olla rahaproessiin liikkeen kuvaamisessa tai sitten myös reaali-prosessia on pyritty ennakoimaan, eli toteutuvia suoritemääriä. Puhuttaessa budjetin seurannasta on myös tarkasteltava millä tasolla suoritemäärät ja summat on alun perin budjetoitu.

2.4.5. Sairaanhoidopiiri sopimusohjauksessa

Yksi olennainen sovittava asia sopimusohjaussopimuksissa on eri erikoissairaanhoidopalveluiden hinta. Sairaanhoidopiiri tuo sopimuspöytänsä hinnastonsa, joka

kunnilla on mahdollisuus joko hyväksyä sellaisenaan tai pyytää sairaanhoitopiiriä mahdollisesti muuttamaan sitä kunnalle sopivammaksi.

Käytännössä kunnilla on rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa sairaanhoitopiirien hintoihin, koska ne on laskettu monimutkaisin menetelmin, esimerkiksi DRG-laskutukseen perustuvalla menetelmällä. Niinpä realistiseksi erikoissairaanhoidon kustannusten pienentämiseksi jääkin pienentää kunnan tilauksen suoritemääriä vaikkapa panostamalla omaan terveyskeskustoimintaan.

2.4.6. Hinnoittelu

Laskentatoimen tutkimuksessa on aina enemmän tai vähemmän esillä informaation tuottamisen rooli. Sen vuoksi on tärkeätä miten hyvin tuotettu informaatio on todennettavissa. (katso Lukka, 1988, 162) Informaatio voi olla luottamusta lisäävä tekijä jos se todetaan paikkansa pitäväksi ja tarpeelliseksi. Tiedon saava osapuoli voi arvioida tiedon antaja osapuolta annetun informaation laadun perusteella. Sopimusohjausmenettelyssä keskeinen tieto on tuotteistuksen ja hinnoittelun perusteet, jotka sairaanhoitopiiri antaa kunnille. Toisaalta tietoa voidaan myös käyttää vallan lähteenä manipuloimalla sitä. (katso Ilmonen ym., 2000, 27–28)

Karhu (2004, 1) jaottelee gradussaan kuntamaksujärjestelmät pääluokittain sairaalan käyttöön perustuvaan tai käytöstä riippumattomaan laskutukseen. Käyttöön perustuvan laskutus jakaantuu vielä poliklinikka- ja hoitopäivähinnoittelujärjestelmään, toimenpidekohtaiseen järjestelmään ja puhtaasti markkinaperusteiseen järjestelmään. Sairaalan käytöstä riippumaton laskutus puolestaan on pääasiassa asukasperusteista sairaalalaskutusta.

2.5. KEHYSBUDJETOINTI

Kehysbudjetointi eli block contract: ”blokki”-sopimus (kiinteä kokonaisbudjetti tietyn väestön erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä), on sopimusohjauksen eräs sopimusmuoto. Sopimus sisältää sopimukseen kuuluvat palvelutyypit, sopimuksen kokonaishinnan sekä sopimuskauden keston. Sopimuksessa mainitaan palveluiden kokonaishinta ja selvitys niistä palveluista jotka kuuluvat sopimukseen. Kanta-Hämeen kehysbudjetoinnissa tuottaja saa etukäteen sovitun kiinteän maksun riippumatta siitä, kuinka paljon tuotteita lopulta tuotetaan.

Siellä kehysbudjetoinnille on ominaista, että kiinteä kehys lasketaan edellisten vuosien toteutuneiden suoritemäärien keskiarviolle. Saadulle suoritemäärälle neuvotellaan sopimushinta ja näin kehys-summa lasketaan uudelleen vuosittain.

Kehysbudjetointi ei ole uusi idea, ja budjetointikirjallisuudessa se on tunnettu jo pitkään. Kehysohjausta ei yleensä lueta tulosohjauksen ja markkinaohjausmallin alle vaan sen rinnalle siksi, että kehysohjaus ei täytä tulosohjauksen tärkeintä piirrettä eli ohjauksen kiinteä kytkeytymistä aikaansaannokseen. (Meklin ja Näsi, 1994, 8.)

3. KUNTIEN BUDJETOINTI JA ALIBUDJETOINTI

3.1. BUDJETOINTI JA ALIBUDJETOINTI

3.1.1. Budjetoinnin määritelmä

Schickin (1990, 211) budjetointimäärittelyn mukaan budjetointi on prosessi, jossa systemaattisesti käytetään varoja suunniteltujen tavoitteiden toteuttamiseen. Budjetoinnissa on kyse prosessista, johon liittyy systemaattisuus- ja säännönmukaisuusnäkökulma. Budjetointi edustaa suunnittelua jossa tavoitteellisuudella ja tarkoituksellisuudella on suuri merkitys. (Tuittu, 1994, 137.) Neilimo & Uusi-Rauva (2001, 207–208) erittelevät budjetin toiminnan ohjausvälineeksi, jonka on oltava merkittävältä osiltaan rahamittainen ja jonka pitää luoda riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimintojen tavoitteista ja resursseista suunnittelu- ja toimikaudelle. Budjetti yhdistää samanaikaisesti eri toiminnot toiminnan kokonaiskuvaksi. Seikkaperäisemmin he määrittelevät budjetin:

- sisältävän edullisimman taloudellisen tulostavoitteen budjettikaudelle.
- määritellyn tietylle ajanjaksolle.
- tavoitteelliseksi toimintasuunnitelmaksi, jossa määritellään aktiviteetit, aikataulut ja vastuuhenkilöt.
- budjetti on tavoitteellinen toimintasuunnitelma, jossa määritellään aktiviteetit, aikataulut ja vastuuhenkilöt.

3.1.2. Kunnallisen budjetoinnin yleisperiaatteet

Kuntien budjetti- ja suunnitteluasiakirja laaditaan talousarvio – nimikkeellä. Talousarvio on kunnanvaltuuston hyväksymä, kunnan viranomaisia sitova suunnitelma. Talousarviolla on Hallipellon ym. (1992, 74) mukaan neljä keskeistä tehtävää: taloudellinen, oikeudellinen, poliittinen ja kirjanpidollinen tehtävä.

Taloudellisen tehtävän mukaan kunnan talousarvio on taloussuunnitelma, jonka mukaan kunnan taloutta on hoidettava. Talousarvioon on sisällytettävä kaikki kunnan tulot ja menot,

sekä siinä määritellään kunnallisveron suuruus. Oikeudellisen tehtävän mukaan kunnan talousarvio on kunnan viranhaltijoita sitova ohje ja valvonnan perusta. Se määrittelee toiminnan rajat samalla antaen valtuudet käyttää kunnan varoja määrättyihin tarkoituksiin. Poliittinen tehtävä toteutuu kunnan poliittisen päätöksenteon myötä, jonka tulos talousarvio on. Se on valtuuston poliittisten tavoitteiden saavuttamisen yksi väline koska sillä määrätään kunnan hallinto noudattamaan tiettyä talouspolitiikkaa. Kirjanpidolle muodostetaan tilinpidollinen runko pohjautuen talousarvioasetelmaan.

Talousarvio asetelmaan vaikuttavat lisäksi joukko tarpeellisia periaatteita. Niitä ovat –
vuotuisuusperiaate: talousarvio sisältää vain yhden varainhoitovuoden tulot ja menot,
– täydellisyysperiaate: talousarvioon on otettava kaikki varainhoitovuoden tulot ja menot,
– tasapainoperiaate: talousarvio ei saa olla muodollisesti alijäämäinen,
– menot ja tulot on otettava talousarvioon bruttomääräisinä,
– yleiskatteisuusperiaate: kunnan tuloja ei ole sidottu tiettyjen menojen kattamiseen,
– yleiskatsauksellisuuden sisällyttäminen talousarvioon: useilla kunnilla pitäydytään talousarviossa vain yksityiskohtaisuudessa, jolloin kokonaiskuva kunnan taloudellisesta tilanteesta ei selkiinny,
– yhtenäisyysperiaate: talousarvio päätetään yksien kansien väliin yhdessä valtuuston kokouksessa,
– julkisuusperiaate: talousarvio on julkinen asiakirja johon kenellä tahansa on oikeus tutustua.
(Hallipelto ym. 1992, 75.)

Budjetin laadinta voi olla joko tarve- tai resurssiperusteista. Tarvesuuntautuneessa mallissa budjetoinnin lähtökohtana ovat tarpeet, resurssiperusteisessa ajattelussa taas lähdetään terveen talouden tavoittelusta pyrkien olemaan nostamatta esimerkiksi veroja ja maksuja. Tarvesuuntautuneisuus on luonnollisempaa politiikassa: poliitikoille politiikanteko on uusien asioiden ajamista, ei niiden leikkaamista. Tarvesuuntautuneisuutta on helpompi perustella kuin puhtaasti taloudellisiin intresseihin perustuvia päätöksiä. Silloin kun taloudellinen tilanne on hyvä, vallitsee tavallisesti tarvesuuntautunut ajattelu. Resurssien ehtyessä tarvitaan taloudellisemman otteen hyväksymistä. Tällöin resurssiperusteinen ajattelu on suositumpi ja poliittisestikin helpompi perustella. (Hallipelto ym. 1992, 68–69, 143–144.)

Taloudellista toimintaa voidaan kuvata raha- ja reaali-prosessien kautta. Tuotannon-tekijöiden hankintaa, niiden muuttamista tuotannossa suoritteiksi ja suoritteiden myyntiä suoritemarkkinoilla kutsutaan nimellä reaali-prosessi. Organisaation taloudellista toimintaa voidaan kuvata myös rahaproessin avulla. Asiakkaat maksavat suoritemarkkinoille myydyt suoritteet organisaation kassaan, jolloin syntyy kassatuloja. Vastaavasti yrityksen tai organisaation on jo useissa tapauksissa täytynyt maksaa kassamenoina tuotannon-tekijähankintansa tuotannon-tekijämarkkinoille.” (Neilimo & Uusi-Rauva 2001, 17.) Raha- ja reaali-prosessin käsitteitä voidaan käyttää hyödyksi tarkasteltaessa kuntien talousarvion laadinnan välineitä. Kunta voi laatia talousarvionsa raha- tai suoritemääräiseksi. Ensimmäisessä tapauksessa kunta laatii budjettinsa summatasolla. Jälkimmäisessä tapauksessa kunta laatii budjettiinsa myös määrätavoitteita, esimerkiksi ostettavien palvelusuoritteiden lukumäärän. Näillä välineillä kunta voi yrittää ennustaa tulevaisuuden rahankäyttöään. Riippuu kunnasta, kuinka tarkkaan ne budjetoivat raha- ja reaali-prosessinsa. Budjetoinnin pääpaino voi olla pelkän rahaproessiin liikkeiden kuvaamisessa tai lisäksi myös reaali-prosessin määriä on pyritty ennakoimaan. Puhuttaessa budjetin seurannasta on myös tarkasteltava millä tasolla suoritemäärät ja summat on alun perin budjetoitu.

3.1.3. Budjetoinnin tehtävät

Neilimo & Uusi-Rauvan mukaan budjetoinnin tehtävät ovat:

1. Auttaa tavoitteiden määrittämisessä.
2. Motivoi ihmisiä saavuttamaan tavoitteet.
3. Täsmentää johtamisen vastualueet ja selkeyttää organisaatiota.
4. Luodaan organisaation keskustelupintoja.
5. On tärkeä informaation lähde puutealueiden tunnistamisessa

tietojärjestelmien kehittämisessä. (Neilimo, K. & E. Uusi-Rauva, 2001, 211–212.)

Ihantola (1997, 33) tiivistää budjetoinnin perinteisiksi tehtäviksi suunnittelun, koordinoinnin ja valvonnan. Hän jakaa budjetoinnin ajallisesti kolmeen vaiheeseen:

1. budjettisuunnitteluvaihe
2. budjetin toimeenpanovaihe eli toteutus
3. budjettivalvontavaihe

(Ihantola, 1997, 32.)

Kuntien budjetointiväline eli talousarvio on samanaikaisesti niin taloussuunnitelma, ohje taloudenhoitoa varten, kirjanpidon perusta, valvonnan väline, kunnallisveron määräämisen perusta sekä poliittinen ja yleinen toimintaohjelma. Kunnan talouden ohjauksessa on olennaista, että on valtuuksia joita käytetään, sekä se, että on olemassa tekniikka jolla talousarviota ohjataan. Paikallishallinnon budjettiallokoinnin kannalta on keskeistä, että toimintoja tarkastellaan samanaikaisesti. (Heuru 1987, 25; Hallipelto ja Kataja 1980, 58–59, Tuitun 1994, 138, mukaan.)

Paitsi että budjetilla pyritään ohjaamaan taloutta ja rahaa, se on myös hyvin tärkeä toimintojen ja ihmisten ohjauksväline. Oatley (1977, Ihantolan, 1997, 34, mukaan) on esittänyt käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta budjetoinnin 6 tehtävää:

1. Valtuutus: Budjetti antaa valtuutuksen käyttää tietyn summan tiettyihin hankkeisiin ja tehtäviin.
2. Ennustaminen: Budjetti pyritään ainakin osittain perustamaan ennusteisiin samalla kun se toimii ennustamisen välineenä organisaatiossa.
3. Suunnittelu: Budjetilla pyritään vaikuttamaan vaikutettavissa oleviin tekijöihin ja näin muovaamaan organisaation politiikkaa ja tulevaisuutta.
4. Kommunikointi ja koordinointi: Budjetilla pyritään lisäämään organisaation integraatiota.
5. Motivointi: Budjetilla pyritään selkiyttämään organisaation toimijoille yhteiset tavoitteet ja ohjaamaan käytöstä niiden mukaiseksi.
6. Suoritusarviointi: Budjetti toimii vertailukohtana valotettaessa ja arvioitaessa organisaation toimijoita.

3.1.4. Budjettipelivaran, eksponoinnin ja budjettiharhan käsitteet

Ihantola (1997, 81–82) on havainnut, että budjettisuunnittelussa keskeisenä pelivälineenä on kriittinen informaatio. Sen haltija voi manipuloida tietoa omaksi edukseen. Tämä

mahdollistaa budjettisuunnittelutaktioiden eli budjettiharhan luonnin, jonka avulla vaikutetaan omaan budjettivastuun sisältöön ja tätä kautta mahdollistetaan omien henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttaminen. Periaatteessa budjettiharha voi olla joko budjetin alaspäin (budjettipelivara) tai ylöspäin (eksponointi) vääristämistä.

Yleisin käsitys tuntuisi olevan, että budjettiharhan olemassaolo johtaisi tehottomaan työskentelyyn budjettikaudella tavoitteiden ollessa vääristyneitä. Toisaalta budjetin alaspäin vääristämisellä on katsottu olevan positiivisia vaikutuksia pidemmällä aikavälillä. Sen on todettu lisänneen budjettijoustavuutta ja samalla motivaatiota. Budjetin vääristämisellä jonkin verran ylöspäin puolestaan on todettu saatavan parhaat tulokset budjettivastuisten motivoinnissa. (Ihantola, 1997, 81–82.)

Lukka (1988) on lähestynyt budjettiharhan käsitettä budjettipelivaran ja eksponoinnin määrittelyllä käyttäytymistieteellisestä näkökulmasta.

Budjettipelivara:

Budjettipelivaran määritelmä on:

Budjettipelivara on tuottojen aliarvioimista ja kustannusten yliarvioimista budjetissa.

Lukka (1988, 40.)

Budjettipelivaran luomista Lukka (1988, 43–44)

selittää moniin tutkijoihin nojaten:

- Organisaation jäsenten henkilökohtaiset tavoitteet jotka liittyvät budjettipelivaran mukanaan tuomiin ylimääräisiin resursseihin tai höllentyneeseen arvosteluasteikkoon suoritusten arvioinnin ”paranemisella”.
- Ohjaavan tason luoma paine saavuttaa asetetut budjettitavoitteet tai tehdä helposti saavutettavia budjetteja.

- Suojautuminen ympäristön epävarmuudelta joka liittyy budjettipelivaran mukanaan tuomiin ylimääräisiin resursseihin tai suoritusten arvioinnin ”paranemisella”.
- Budjetointiin osallistumisen aste.
- Muut syyt, kuten kannattavuustilanne.

Ekspointi:

Vastakkaisilmiö budjettipelivaran luomiselle on ekspointi. Siinä missä budjettipelivaralla manipuloidaan budjetteja alaspäin, ekspoinnilla niitä manipuloidaan ylöspäin vaikeammin saavutettaviksi. Kootusti voidaan todeta että:

Ekspointi on tuottojen yliarvioimista ja kustannusten aliarvioimista budjetissa.

Mahdollisia syitä ekspointiin ovat:

- Heikkoja suorituksia osoittanut yksikkö pyrkii säilyttämään asemansa ja osuutensa resursseista organisaatiossa budjetoimalla optimistisesti. Sillä se pyrkii oikeuttamaan olemassaolonsa jatkossakin.
- Budjetoiva yksikkö voi ottaa jo etukäteen huomioon ohjaavan tason oletetun vaatimustason ja organisaation yleiset, latentitkin normit. Tasapainoillessaan kokemiensa paineiden ja realistisen budjetin välillä budjetoiva henkilö saattaa päätyä esittämään optimistista budjettia.
- Ekspoinoitu budjetti saatetaan esittää kannustamaan yksikön sisäistä toimintaa.

(Lukka, 1988, 46–48.)

Budjettiharha:

Ekspointi ja budjettipelivara voidaan ymmärtää saman ilmiön vastakkaisiksi ilmentymiksi. Niiden yhteiset piirteet yhdistävä yläkäsite on nimeltään budjettiharha. Se määritellään seuraavasti:

Budjettiharha on budjettisuunnittelussa tarkoituksellisesti luotu ero budjetin ja ennusteen välillä.

(Lukka, 1988, 49.)

Budjettiharhan tarkempi määritelmä koostuu seuraavista:

- Budjettiharha on subjektiivinen käsite. Budjetoitavan erän suuruudesta saattaa olla yhtä monta mielipidettä kuin on sen laatijoita ja näin ollen yhtä monta näkemystä budjettiharhan suuruudestakin.
- Budjettiharha saattaa liittyä jo budjettisuunnittelua edeltäneisiin vaiheisiin ja on saattanut vaihdella eri vaiheissa, esimerkiksi eri neuvotteluissa.
- Varsinaista budjettiharhan luomista tapahtuu vain yksilötasolla. Valmiin budjetin sisältämä harha on tavallaan jo organisatorisesti työstettyä, eikä siinä enää ilmene yksittäisen toimijan vaikutusta.
- Budjettiharhaa katsotaan voitavan luoda millä tahansa organisaation tasolla. Kahden eri organisaatiotasolta olevan toimijan välisissä neuvotteluissa ilmenee aina mahdollisuus budjettiharhan käyttöön.
- Yleensä budjettiharhan luomista pidetään salaisena prosessina vaikka joskus se voi ilmetä avoimenakin. (Lukka 1988, 51–52.)

Vastaharha:

Lowe ja Shaw (1968) esittävät, että vastaharhalla tarkoitetaan organisaation jäsenten pyrkimystä eliminoida tai ainakin rajoittaa toisten toimijoiden budjettiharhan luomista. Vastaharhalla ei kuitenkaan uskota olevan merkittävää vaikutusta budjettiharhan poistamiseksi ainakaan kokonaan. (Lukka, 1988, 56.)

Sen toimimattomuuteen on löydetty seuraavia syitä:

- Neuvottelujen saattaminen päätökseen katsotaan tärkeämmäksi kuin budjettiharhan eliminointi.
- Halutaan välttää epäluottamuslauseen antamista toiselle neuvotteluosapuolelle, jota budjettiharhan eliminointi saattaisi merkitä.
- Budjettiharhan olemassaolo on tiedostettu, mutta sen suuruutta on kussakin tilanteessa vaikea arvioida.
- Budjettiharhaa luoneella osapuolella on suuri vaikutusvalta.
(Lukka, 1988, 56.)

3.1.5. Budjettimotivaatio

Hopwood (1974) on todennut että ”...motivaatio määräytyy aina kahden vastakkaisen pyrkimyksen tuloksena: Pyrkimyksenä saada positiivisia budjettieroja ja pyrkimyksenä välttää negatiivisia budjettipoikkeamia.” (Ihantolan, 1997, 86.)

Lukka (1988, 85) on eritellyt yksilötoimijan käyttäytymistä määräävät tekijät seuraavasti:

1. Haluihin: tavoitteet,
2. Velvoitteisiin: organisatoriset tekijät
3. Kykyihin: valtatekijät ja
4. Tilaisuuksiin: tilannetekijät.

Hän jakaa vielä halut henkilökohtaisiin tavoitteisiin, velvollisuudet organisatorisiin tekijöihin, kyvyt valtatekijöihin ja tilaisuudet tilannetekijöihin. Näihin vaikuttavat niin ympäristöstä saatu informaatio, yksilön käsitys käytettävissä olevista keinoista, toiminnan luonne ja intentiot eli aikomukset. Kun lähdetään tämän jaottelun pohjalta rakentamaan budjettiharhan luomisen selitysmallia, päästään sen olennaisimpaan selittävään tekijään eli intentioihin. Tämän on havaittu jakautuvan lähes poikkeuksetta:

1. Resurssi-intentioihin ja
2. Suoritusten arviointi-intentioihin

(Lukka, 1988, 90–91.)

Resurssi-intentiolla pyritään vääristämään budjetin kustannuspuolta ylöspäin, saamaan käyttöön ylimääräisiä resursseja ja oletettavasti myös käyttämään ne. Se voi tapahtua budjetoimalla resursseja yli kustannusten tai budjetoimaan hyötyihin nähden liiallisia tai kokonaan turhia kustannuksia. Suoritusten arviointi-intentio taas toisaalta yrittää kannustaa mahdollisimman tehokkaaseen toimintaan budjettiperiodilla. Tavoitteena on joko minimoida negatiivinen budjettiero tai maksimoida saavutettu positiivinen budjettiero. Perimmäisenä yksilötarpeena näiden intentioiden takana ovat turvallisuuden ja arvostuksen tarpeet. (Lukka, 1988, 92–93, 109.)

3.1.6. Alibudjetointi

Alibudjetoimalla rikotaan selvästi kahta seuraavaa talousarvion laadinnan peruseriaatetta:

- täydellisyysperiaate: talousarvioon on otettava kaikki varainhoitovuoden tulot ja menot,
- tasapainoperiaate: talousarvio ei saa olla muodollisesti alijäämäinen,

Punnosen (1997, 2) mukaan talousarvioiden alibudjetoinnin syndrooma alkoi vaivata vuodesta 1992.

Alibudjetointi ei täytä suoraan budjettipelivaran tai eksponoinnin piirteitä, vaan pikemminkin se on näiden kahden sekoitus. Alibudjetoinnissa tuloja ja kustannuksia, kumpiakin, manipuloidaan alaspäin. Tulojen alaspäin vääristäminen sopii budjettipelivaran määritelmään, kustannusten alaspäin manipuloiminen puolestaan eksponoinnin määritelmään.

3.1.7. Syitä alibudjetoinnin esiintymiseen

Budjettipelivaraan liittyy tarve suojaudua ympäristön epävarmuudelta, mikä sopii hyvin kuvaamaan kuntien tilannetta erikoissairaanhoidomenoja ennustettaessa. Vuosittaiset vaihtelut

saattavat olla suuria koska kustannuseränä erikoissairaanhoido on merkittävä ja yhdenkin lisäpotilaan hoito saattaa kasvattaa erää ennakoimattomasti. Tämä vuosittainen heilahtelu voi synnyttää tarpeen joko aliarvioida tuloja tai yliarvioida kustannuksia.

Ohjaavalta tasolta tuleva paine saattaa kunnissa olla suurta. Tämä sopii niin budjettipelivaran kuin myös eksponoinnin määritelmään. Hallituksella on vastuullaan tuottaa nollapohjabudjetti valtuustolle ja myös kuntalain mukaan tulojen ja menojen on oltava tasapainossa. Tässä ilmenee eksponoinnin piirteitä. Kustannuksia vääristetään alaspäin, ei kustannustehokkaista vaan ohjausteknisistä syistä. Koska tuloja on vääristetty alaspäin, on kustannuksiakin vääristettävä nollapohjabudjetin aikaansaamiseksi. Tässä kohtaa alibudjetointi eroaa eksponoinnin tarkoituksesta: tarkoitus ei ole oikeuttaa yksikön olemassaoloa, koska kunta ei yksikkönä voi lakata olemasta, vaan ohjaavan tason ja lain velvoittavuuden luoma paine saavat aikaan kustannusten aliarvioimista.

Budjettiharhan vastaharhan määritelmän mukaan sairaanhoitopiirit saattavat joutua vaikeaan neuvottelutilanteeseen saadessaan neuvotteluvaiheessa kunnilta ilmeisen alimitoitettun tilauksen erikoissairaanhoidopalveluista. Sairaanhoitopiirit voivat neuvottelutilanteen sujumuuden ja mikä tärkeämpää, keskinäisen sovun ja yhteisymmärryksen vuoksi jättää mainitsematta mahdollisesta alibudjetoinnista. Alibudjetoidun summan suuruutta on hankala arvioida etukäteen. Toisaalta taas kunnat saattavat kokea sairaanhoitopiirin olevan liian vahva neuvotteluosapuoli, jotta neuvottelutilanne saisi tarkoitetun aidon markkinaehtoisien neuvottelutilanteen piirteitä ja ne saattavat lisäksi uskoa sairaanhoitopiirien ylihinnoittelevan tuotteitaan. Alimitoitettu budjetti voi olla mahdollisesti kuntien vastaharhan luomisen keino. Edellä esitetty n perusteella voitaisiin ajatella kumpienkin, niin sairaanhoitopiirien kuin kuntienkin käyttävän vastaharhan elementtejä budjetoinnissaan. (katso Lukka, 1988, 56.)

Yleisen käsityksen mukaan budjettiharhan olemassaolo johtaa tehottomaan työskentelyyn. Kun budjetit tiedetään harhaisiksi, niitä ei ole motivaatiota noudattaa. (katso Lukka, 1988, 20–21)

Toisaalta budjettiharhalla on katsottu olevan myös positiivisia vaikutuksia. Cyert & March (1963), Caplan (1971) ja Onsi (1973) ovat kaikki korostaneet budjettiharhan lisäävän organisatorista joustavuutta. Hofstede (1968) on empiirisesti todentanut joustavuuden tärkeyttä budjetoinnissa ja pitää sen eräänä edellytyksenä neuvottelumarginaalin luomista. (Lukka, 1988, 21.)

Lumijärvi (1989, 17–25) on tehnyt budjettikäyttämistutkimuksessaan havaintoja kahdentyypisestä budjetointiharhan luomisesta. Hänen mukaansa budjettivastaavat voivat vaatia näennäis- tai tarpeettomia investointeja, joista voidaan budjettineuvotteluissa ”luopua”, mutta samalla saadaan läpi suuremmat investointivaateet. Toisentyypinen huijaustilanne saattaa muodostua, jos budjettivastaavien laskelmia ei tarkisteta jälkeinpäin: tuotto-odotuksia manipuloimalla budjettivastaava saa luvut näyttämään hyväksyttäviltä vaikka todellisuudessa perustaa laskelmansa intuition. Syinä tällaisten huijausten mahdollistumiseen on riittämätön tarkkailu ja epätarkka tieto. Lumijärvi ehdottaakin vähintään jälkikäteistarkkailun käyttöönottoa kustannus-tuottotarkkailussa.

Hyvönen ja Järvinen (2006) ovat tutkineet samaa ilmiötä kuin Lumijärvi mutta julkisella puolella. Heidän mukaan kunnissa ollaan hidasliikkeisiä ja vallalla olevat käyttäytymismallit istuvat syvässä, eikä niitä välttämättä edes haluta muuttaa.

Hyvönen ja Järvinen (2006, 12–23) pohjaavat havaintonsa vuosina 2001–2002 tehtyyn haastatteluaineistoonsa. Haastateltavia olivat 12 sairaanhoitopiiriin ja kuntien taloudellisen vallan käyttäjää. Haastatteluotokseen kuului kolme erikokoista ja erilaisessa taloudellisessa tilanteessa olevaa kuntaa. Kunnat valikoitiin edustamaan tutkittavaa ilmiötä, ei tekemään yleistyksiä koko sairaanhoitopiiristä.

Sopimusohjaus luotiin suunnittelu- ja kommunikointivälineeksi kuntien ja sairaanhoitopiiriin välille. Lisäksi sopimusohjauksen odotettiin auttavan pitämään kustannuksia kurissa sekä tasapainottavan sairaanhoitopiiriin dominoivaa suhdetta kuntiin nähden. Perusasetelmana on sopimusohjauksen vaikutusten tarkastelu kuntien budjetointirituaaleihin, valtasuhteisiin ja laskentarutiineihin. Artikkelin yksi keskeisimmistä havainnoista on sopimusohjauksen aikaansaaneen joukon ”budjetointipelejä” ja alibudjetoinnin ilmiön syventäen sairaanhoitopiirien ja kuntien välistä kuilua. (Hyvönen ja Järvinen, 2006, 19–35.)

Hyvönen ja Järvisen (2006, 12–25) artikkelin mukaan aliarvioimalla erikoissairaanhoitokuluja kunnissa usein niin sanotusti ”vedettiin kotiinpäin” oman terveyskeskuksen resurssitarpeissa. Tämä tapahtui budjetoimalla perusterveydenhuoltoon suhteessa enemmän kuin erikoissairaanhoitoon. Artikkelin kuntien näkemyksen mukaan hoito omassa terveyskeskuksessa tuli edullisemmaksi kuin sairaanhoitopiiriin sairaalassa. Kun

erikoissairaanhoidon budjetti laadittiin alaspäin vääristyneeksi omaa väkeä ei tarvinnut irtisanoa. Kuntien mielestä sairaanhoitopiireissä ei kiinnitetty tarpeeksi huomiota budjettiylityksiin ja yleisesti ottaen luotettiin mieluummin oman kunnan lääkäriin kuin sairaanhoitopiiriin. Kunnissa nähtiin sairaanhoitopiirit jopa manipuloivina ja sopimukset rikkovina tahoina, minkä seurausta alibudjetointi kunnissa oli. Toisaalta taas Hyvönen ja Järvinen korostavat, että kunnat alibudjetoivat usein tulopuolensa varovaisen taloussuunnittelun periaatteella ja joutuivat näin tasapainottamaan myös menopuolen vastaavalla tavalla.

Hyvönen ja Järvinen (2006, 15–16) esittävät sairaanhoitopiirien alibudjetoinnin olevan jatkumo kuntien alibudjetoinnille. Sairanhoitopiirit näkivät oman tilanteensa heijastumana kuntien talouskäyttäytymisestä. Niiden täytyi pitää budjettikontrollia yllä samalla tavalla kuin kunnissakin. Toinen yhteinen piirre taloussuunnittelussa oli se, että sairaanhoitopiireissäkään ei tahdottu irtisanoa väkeä. Tästä oli seurauksena muiden kuin henkilöstökulujen aliarvioiminen budjetissa ja jopa tahallinen välinpitämättömyys budjettiylityksiä kohtaan. Sairanhoitopiirien mielestä kunnat olivat haluttomia hyväksymään erikoissairaanhoidon tarpeen todellista määrää.

Olen rajannut tutkimukseni ulottuvuuksiksi luottamuksen ja vaikutusvallan. Nämä elementit heijastavat sairaanhoitopiirien ja kuntien keskinäisen kanssakäymisen tasoa, koska ne ovat läsnä aina kommunikointitilanteissa, tiedostettuina tai tiedostamattomina vaikuttimina.

4. LUOTTAMUS JA VAIKUTUSVALTA SOPIMUSOHJAUKSESSA

4.1. LUOTTAMUS

4.1.1. Luottamuksen määritelmä

Luottamusta on vaikea määritellä käyttämättä erilaisia kiertoilmaisuja. Luottamuksesta kirjoittaneista yhteiskuntatieteilijöistä ja filosofiista moni tuntuu korostavan, että luottamus on ymmärrettävä keinoksi vähentää sosiaalisia suhteisiin ja niiden synty-ympäristöön kytkeytyvää monimutkaisuutta ja lisätä ennustettavuutta. (Ilmonen, Jokivuori, Kevätsalo ja Juuti, 2000, 8.)

Hardyn, Philipsin & Lawrencen (1998, 68–69) mukaan ennustettavuuden lisäksi on luottamusta yritetty määritellä hyvänsuopaisuudella (goodwill) joka nojaa Talcott Parsonsin olettamukseen, että luottamuksen perusedellytys on sellaisten yhteisten arvojen olemassaolo, jotka ovat muunnettavissa yhteisiksi päämääriksi. On kuitenkin otettava huomioon että työelämässä ja yritystenvälisissä suhteissa ei ole usein lainkaan selvää että osapuolet jakavat yhteisiä arvoja ja samanlaisia päämääriä. Usein myös käsitys siitä, mitä katsotaan luottamuksen arvoiseksi ja mitä ei, vaihtelee yrityksestä toiseen. (Ilmosen ym., 2000, 8.)

Luottamuksen esitetään olevan keskeinen resurssi hyvin toimivalle poliittiselle järjestelmälle sekä tae markkinoiden sujuvuudelle. Sen ajatellaan rakentavan yhteistyösuhteet niin yritysten välillä kuin sisälläkin, työntekijöiden kesken. Luottamuksen uskotaan:

- 1) Tukevan yhteisten strategioiden läpiviemistä;
- 2) Helpottavan erillisten toimintojen koordinoitua;
- 3) Edistävän avointa tiedon kulkua;
- 4) Auttavan organisaatioiden sisäisten konfliktien ratkaisemisessa ja siten;
- 5) Laskevan merkittäväällä tavalla transaktiokustannuksia.

(Ilmonen ym., 2000, 5-6.)

Luottamus on myös hauras rakenne. Se on altis väärinkäytöksille ja sosiaalisille peleille ja vaihtelee laadultaan ja intensiteetiltään. Luottamus on hauraimmillaan silloin kun se perustuu laskelmointiin. Osapuolten kannattaa luottaa toisiinsa, koska he joutuvat olemaan

vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja koska toisen pettäminen häiritsisi vakavasti vuorovaikutusta. Myös silloin kun suhteen osapuolet eivät ole yhtä riippuvaisia toisistaan voi luottamus olla ”pakotettua” eivätkä siitä saadut edut ole sellaisia kuin tasavertaisessa suhteessa. Luottamussuhde vahvistuu, kun laskelmointiin ja vastavuoroisuuden normiin perustuva vuorovaikutus jatkuu ja se saa sellaisia säännönmukaisia muotoja joissa osapuolet oppivat tuntemaan toisensa. Vahvimmillaan luottamus on silloin kun se on saanut aikaan vahvan tunne-elementin ja on tätä kautta muuttunut itsestänselvyydeksi sillä silloin se on vaikeimmin horjutettavissa. (Ilmonen ym., 2000, 6,8.)

Harisalon ja Miettisen (1997, 10) näkemykseen perustuen luottamuspääomaa syntyy vain ihmisten välisessä toiminnassa. Yritys on paitsi taloudellinen yksikkö, myös paikka jossa ihmisten välinen kanssakäyminen on hyvin keskeistä ja jossa työntekijät luovat tai menettävät luottamuspääomaansa. Luottamuspääomaa syntyy kun toinen osapuoli saadaan vakuuttuneeksi, yleensä omista kyvyistä, joka mahdollistaa ihmisten välisen luottamuspääoman syntymisen. Vakuuttuneisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan tunnetta, jopa psykologista tilaa joka luo luottamuksen olotilan. Tällä luottamuspääoman syntymisellä voi olla merkittäviäkin taloudellisia vaikutuksia.

4.1.2. Miksi sopimisessa tarvitaan luottamusta?

Arvostus ja kunnioitus ovat Harisalon ja Miettisen (1997, 14) mukaan luottamuspääoman kulmakiviä. Heidän mukaansa ihmiset arvostavat luottamuspääomaa jopa korkeammalle kuin rahaa ja materiaalista pääomaa, koska luottamuspääomaa voi käyttää rahan ja materian saamiseksi mutta rahalla ei voi saada luottamusta.

Luottamuksen on väitetty aina olevan oheistuote esimerkiksi osapuolia tyydyttäneestä kanssakäymisestä. Toisaalta on havaittu, että luottamusta voi kartuttaa tarkoituksellisestikin. On loogista ja uskottavaa, että luottamusta voidaan aikaansaada vastavuoroista vuorovaikutusta tukemalla. Tarkoituksellisestikin tuotetussa luottamuksessa on kuitenkin suurempi petoksen riski kuin sivutuotteena syntyneessä, koska se on usein saatu aikaan lähinnä toisen osapuolen ponnistuksin eikä näin ollen ole suhteen sisäinen elementti. Tämä

heikentää kyseisen luottamussuhteen positiivisia vaikutuksia, vaikka ne saattavat silti olla merkittäviä horisontaalisissa sosiaalisissa suhteissa. (Ilmonen ym., 2000, 6-7.)

Kähkönen (2002, 290–297) kirjoittaa tilaajan ja tuottajan välisen luottamuksen kustannusvaikutuksista. Hänen mukaansa sopimuksissa epävarmuus ja vaikeudet määritellä ja mitata palveluita luovat myös kustannuksia, samoin kuin sopijaosapuolien epäluottamus. Sopimusten laadinnan toistuvuus, keskinäinen luottamus sekä operationaalisen johdon kanssakäyminen vähentävät kustannuksia, madaltavat hierarkiaa ja mahdollistavat väljemmän sopimuksen.

Harisalo ja Miettinen (1997, 10–11) toteavat saman kääntäen: osapuolten kyetessä luottamaan toisiinsa he voivat välttyä monilta kustannuksilta. Luottamuspääoma lisääntyminen yhdellä ei vähennä sen määrää toisella. Luottamuspääoma itse asiassa tuottaa lisää luottamuspääomaa. Se on itseään uudelleen luova voima ja sille on täten hyvä perustaa yrityksen toimintaa. Luottamuspääoma toimii ihmisiä aktivoivana voimana luoden edellytyksiä toiminnoille joita olisi mahdoton suorittaa jos ihmiset joutuisivat alin omaan suojautumaan petosten ja huijausyritysten pelossa.

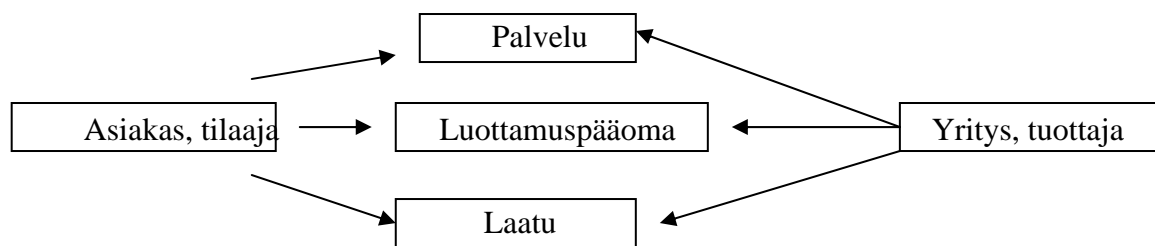
Jos tietoon pystytään luottamaan, sen varaan voidaan rakentaa uutta tietoa mikä vie kehitystä eteenpäin ja luo täten lisäarvoa, tehokkuutta ja kustannussäästöjä. ”Tieto on valtaa” on vanha sanonta. Se kellä on tietoa, on myös valta päättää, miten sitä käyttää. Jokainen tilanne jossa olemme tekemisissä toisen tai toisten osapuolien kanssa sisältää lukemattomia päätöksiä siitä mitä tietoa päätämme kommunikointitilanteessa antaa. Nämä kommunikaatiotilanteet lopulta ratkaisevat luottamuksen määrän, siksi valta liittyy kiinteästi luottamukseen. Sama pätee myös yritysten väliseen kanssakäymiseen ja kommunikointiin. Siksi informaatio on tärkeässä roolissa puhuttaessa luottamuksesta. (Harisalo ja Miettinen, 1997, 21, 23.)

4.1.3. Luottamus sopimusohjauksessa

Jälkitekollisessa yhteiskunnassa tiedosta on tullut myös yksi pääoma muoto rahallisen pääoman rinnalle, koska tieto lisää tuottavuutta. Mutta raha tai tietopääoma ei vielä kerro miten ihmiset toimivat keskenään, miten tekevät sopimuksia, ratkaisevat konflikteja tai millä perusteella päättävät tehdä tai olla tekemättä jotain. Luottamus antaa myös valtaa. Luottamus tietoon on

yhteydessä esimerkiksi johdon kykyyn toimia laskentatoimen tuottamaan tietoon perustuen. Tämä edellyttää, että tieto on kerätty oikein ja mittaa oikeita asioita. Tietoa voidaan joko pimittää, manipuloida tai jakaa avoimesti. Tiedon pimittämisellä tai manipuloinnilla voidaan päätyä tekemään vääränlaisia johtopäätöksiä ja lopulta vääränlaisia sopimuksia. Tämä puolestaan lisää sopimuskustannuksia ajan mittaan. Tämä vuoksi on keskinäisessä sopimisessa tärkeätä kiinnittää huomiota osapuolten toisilleen antamaan tietoon.

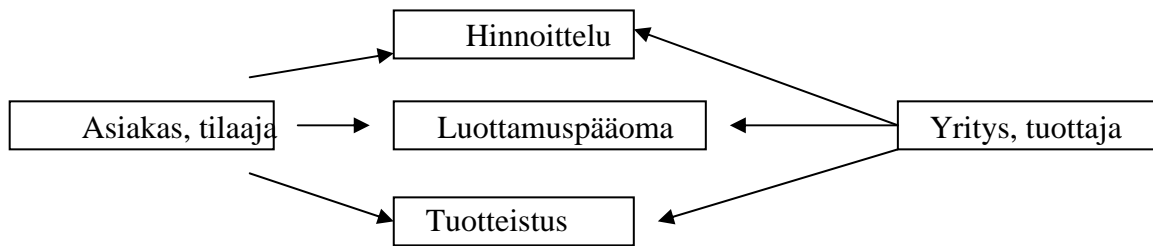
Yritysmaailmassa asiakkaiden luottamuksen saamiseksi käytetään paljon voimavaroja. Luottamuksen saavuttamisen keskeinen väline on palvelun tai tuotteen laatu. Tässä asiassa on kuitenkin muistettava, että laadun pitää olla asiakkaan määrittelemä, ei tuottajan. (Harisalo ja Miettinen, 1997, 32–33.) Tässä asiassa ei ole eroa verrattaessa julkista tai yksityistä palvelun tai tuotteen tuottajaa. Erikoissairaanhoidon tilaaja-osapuolella on oikeus vaatia laatua siinä missä yksityisen alan asiakkailla.



Kuvio 4. Palvelu ja laatu Harisalon ja Miettisen mukaan.

Erikoissairaanhoidon sopimusneuvotteluissa olen ottanut luottamuksen saavuttamisen ulottuvuudeksi erikoissairaanhoidon palveluiden hinnoittelun ja tuotteistamisen. Ne edustavat tutkimuksessani sekä palvelua että heijastelevat oikeellisuudellaan palvelun laatua. Niihin liittyy myös informaationäkökulma. Riippuu yrityksen avoimuudesta miten hyvin hinnoittelun ja tuotteistamisen perusteista annetaan tilaajalle tietoa.

Tutkimuksessani Harisalon ja Miettisen kuvioon pohjaten yllä oleva kaavio näyttää tältä:



Kuvio 5. Palvelu ja laatu tutkimuksessani.

4.1.4. Tuotteistus

Tuotteistus on yleisesti määriteltyä organisaation tai toimintayksikön tuottamien ja asiakkaan saamien palvelujen määrittelyä, täsmentämistä, spesifioimista ja profiloimista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteita ovat palvelut. (Holma 1998, 12.)

Tuotteelle on olemassa suppea ja laaja määrittelytapa. Suppeamman tavan mukaan tuote on yksittäinen palvelu, toimenpide tai muu aikaansaannos (suorite). Esimerkkinä tällaisista palveluista ovat kotihoito-ohjeiden antaminen, erityyppiset käynnit ja kertaluontoiset tutkimukset. Laajemmin määriteltyä tuote voi olla asiakkaan koko kuntoutusperiodi tai muu palvelukokonaisuus, esimerkkeinä laituskuntoutusjakso, vaikeavammaisten ylläpitävä avokuntoutus tai työkyvyn arviointi. Tuote voi olla yksi- tai moniammatillisen ryhmän tuottama palvelu. (Holma 1998, 12.)

Holman (1998, 12) mukaan tuotteistamisessa on samoja elementtejä kuin laadunhallinnassa. ”Laatu on niistä ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset. Vaatimukset voivat perustua lainsäädäntöön, määräyksiin tai erikseen määriteltyihin asiakkaiden tarpeisiin” – on Holman mukaan SFS – EN ISO 8042 laatustandardin määritelmä. Standardilla voidaan osoittaa tuotteistuksen olevan laadun väline.

Tuotteistamisen hyötyjä on julkisella alalla usein jouduttu puolustelemaan. Kaupankäynti ei julkishallinnossa useinkaan ole konkreettista tuotteiden myymistä ja ostamista. Pikemminkin, kaupankäynnin sijaan toiminnot ovat palveluiden tarjoamista ja vastaanottamista asiakkaiden tarpeiden sanelemana. Vaikka raha ei konkreettisesti vaihtaisi omistajaa, on kustannustietoisuus silti tärkeää sisäisen kirjanpidon ja laskutuksen oikeellisuuden kannalta. (Holma 1998, 15–16.)

4.1.5. Hinnoittelu

Yhdysvalloissa kehitettiin 80-luvun alussa vuodeosastohoidon potilasryhmittely DRG (Diagnosis Related Groups). Sitä on käytetty Yhdysvalloissa vuodesta 1983 lähtien julkisen sairausvakuutuksen korvausperusteena. DRG-ryhmät on laadittu kuvaamaan hoitoja siten että eri ryhmille voidaan määritellä kiinteät tuottajakohtaiset hinnat. Ryhmiä on 495 ja ne on pyritty muodostamaan niin, että samaan ryhmään joutuvien potilaiden hoidot ovat samankaltaisia ja hoitojen vaatimat voimavarat ovat keskimäärin samanlaiset. (Punkari ja Katokari 2003, 6.)

Sairaalalaskutuksen perusta vaihtelee sairaanhoitopiiristä toiseen. Noin puolessa sairaanhoitopiireistä on käytössä DRG-pohjainen hinnoittelumenetelmä, joka kattaa somaattisen vuodeosastohoidon ja päiväkirurgian. Muissa sairaanhoitopiireissä on käytössä suoritepohjaisia lasku- ja hinnoittelumenetelmiä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö julkaisi vuonna 2003 raportin ”Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi”. Raportin selvitysmiehet Punkari ja Katokari suosittelivat kaikkien sairaanhoitopiirien siirtyvän käyttämään DRG – menetelmää vuoden 2005 alusta alkaen. (Punkari ja Katokari 2003, 6.)

DRG-ryhmittelyä on käytetty kuluvan vuosikymmenen alussa kaikissa Pohjoismaissa sairaalatoiminnan analysointiin ja budjetointiin. Ruotsissa ja Norjassa sitä on käytetty myös osastohoitajien hinnoitteluun ja laskutukseen. Vanhat ryhmittelysäännöt on kuitenkin uusittava samalla kun kaikki Pohjoismaat siirtyvät käyttämään uusia toimenpide- ja diagnoosikoodeja (ICD-10 ja Pohjoismainen toimenpideluokitus). DRG:n käyttöönotto toi mukanaan laskutukseen aiheuttamisperiaatteen. Yksittäisen potilaan hoidon ryhmittelyä varten tarvitaan tiedot potilaan diagnooseista, toimenpiteistä, iästä, sukupuolesta, hoitoa komplisoivista liitännäissairauksista ja sairaalasta poistumistilasta. Ryhmittelyä varten on olemassa atk-

ohjelma, joka sijoittaa potilaan johonkin 495 ryhmästä. (Pekurinen ym. 1997, 11–12 ;Salonen, Häkkinen, Keskimäki 1996, 73.)

Vuonna 1987 käynnistyi suomalaisen DRG-luokituksen kehittäminen. Hanke saatiin päätökseen vuonna 1995 jolloin yliopistosairaaloiden, Sairaaliiton ja Stakesin yhteistyönä valmistui FinDRG – luokitussäännöt, joka pyrki mahdollisuuksien mukaan jäljittelemään yhdysvaltalaisia luokitussääntöjä. Toimenpide- ja diagnoosiluokitusten maiden välisten eroavaisuuksien takia luokituksista ei voitu tehdä yhteneviä. (Salonen ym. 1996, 73.)

Laskutus tapahtuu avohoidossa käyntien lukumäärän perusteella ja vuodeosastohoidossa hoitopäivien perusteella. Palvelut on ryhmitelty hintaluokkiin kalleus- ja vaikeusasteen mukaan. Asteita on joka erikoisalalla useita, vaihdellen sairaanhoitopiireittäin 1-22:een. Hintaluokat sisältävät hoidossa tarvittavat tutkimukset, toimenpiteet, lääkkeet sekä osastohoidossa hoitopäiväkustannukset. Monessa sairaanhoitopiirissä laskutetaan lisäksi erikseen kalliit tutkimukset ja toimenpiteet. Avohoitoa ja osastohoitoa ei ole kytketty toisiinsa vaan niillä on omat hinnoittelunsa. (Punkari ym. 2003, 20.)

4.2. VAIKUTUSVALTA

4.2.1. Valta ja budjettivalta

Kun toisen antamaan ”sanaan” luotetaan, samalla altistutaan petetyksi tulemiselle. Petetyksi tulemisen riskiä voidaan pienentää vallankäytöllä. Tällöin lisätään ennustettavuutta vallankäytöllä, eikä luottamuksella. Tästä johtuen vallankäyttö ja luottamus ovatkin vaikeasti erotettavissa toisistaan. Mikä näyttää luottamukselta saattaakin olla naamioitua vallankäyttöä. (Ilmonen ym., 2000, 11.) Vallankäytön läsnäolo on sitä todennäköisempää, mitä epäsymmetrisemmästä suhteesta osapuolten välillä on kyse. Tällaisessa tilanteessa heikompi osapuoli voi pyrkiä sellaisiin institutionaalisiin järjestelyihin, jotka vahvistavat kollektiivisesti sitovia sääntöjä ja pienentävät tällä tavoin luottamukseen sisältyvää riskiä, mutta eivät poista sitä kokonaan. (Ilmonen ym., 2000, 25.)

Valtaa ja sen olemusta ovat aikoinaan pohtineet jo sellaiset nimet kuin Platon, Aristoteles, Machiavelli, Hobbes, Locke ja Rousseau. Airaksinen (1991, Tuitun 1994, 135, mukaan) on myös havainnoinut vallan haltijoita ja valtaa: ”Vallan oikea haltija on oikeassa ihmissuhteiden solmukohdassa, josta määräytyvät hänen mahdollisuutensa menestyä. Kun valtaa ei etsitä, vaan vallaksi tai vallan esiintymispaikoiksi nimetään tapahtumia, suhteita, prosesseja, käytäntöjä, asemia tai rakenteita joudutaan jatkuvasti pohtimaan vallan käsitettä ja alaa.” Vahvistunut käsitys on, että valta on kaiken läpäisevä sosiaalinen suhde.

Uudistukset ajetaan menestyksekkäästi läpi käyttämällä valtaa. Henkilö, joka parhaiten pystyy perustelevaan kantansa ja vakuuttamaan kuulijansa tarkoituksestaan, käyttää valtaansa vaikuttaa muihin. Joka puhuu parhaiten, kykenee luomaan kanssaihminen ajatusmaailmaan ohjautumismallin, jonka mukaan ihmiset ohjautuvat joko edukseen tai epäedukseen, tietoisesti tai tiedostamatta. Max Weber näkee (1961, 4, Tuitun, 1997, 24, mukaan) vallan tarkoittavan todennäköisyyttä, että yksilö kykenee sosiaalisissa suhteissa saamaan tahtonsa läpi vastustuksesta huolimatta. Jansson (1970, 117–118, Tuitun, 1997, 24, mukaan) puolestaan painottaa yksilön kykyä vaikuttaa toisten ihmisten käyttäytymiseen.

Budjettivalta ilmenee monella tavalla. Sen sisältöön kuuluvat niin budjettiosallistujien oma, kuin eri sidosryhmienkin tavoiteasettelu sekä riittävä päätöksentekoautonomia ja mahdollisuus osallistua resurssien allokointiin budjetoinnin kautta. Budjettivallan osatekijät jaetaan eritasoisiin tavoitteisiin. Tavoitteet asetetaan euromääräisiksi vaatimuksiksi budjettiin. (Tuittu, 1997, 40.)

Budjettivallan näkökulmasta ei tarvitse tehdä varsinaista eroa vallan ja vaikutusvallan käsitteiden välillä. Vaikutusvaltaa voidaan määritellä vallan käsitteen kautta. Vaikutusvalta voidaan jakaa eksplisiittiseen ja implisiittiseen valtaan sen mukaan onko vaikuttajalla tarkoituksenmukainen aikomus vaikuttaa kohdehenkilöön vai ei. Jos kohdehenkilö ei ole tietoinen vallankäytöstä, valta on manipulaatiota eli eksplisiittistä. Jos taas kohdehenkilö on tietoinen olevansa vallan kohteena, vallan käyttö on luonteeltaan implisiittistä. Uuden ulottuvuuden vallankäyttöön tuo kohdehenkilön asenne vallankäyttöön: hän voi pitää vallankäyttöä joko legitiiminä tai illegitiiminä, oikeutettuna tai ei-oikeutettuna, sen mukaan kokeeko henkilö vallankäytön oikeutetuksi vai ei. (Tuittu, 1994, 101.)

Kuntaorganisaatioiden toimintaympäristö on usein epävarmalla pohjalla. Organisaation tehtävä on pystyä hallitsemaan epävarmuutta. Tällöin valtaa saa Tuitun (1997, 15) mukaan se, joka pystyy hallitsemaan epävarmuutta. Kunnallisessa budjettikäytännössä on täten havaittavissa, että ne tehdään ”varman päälle”.

Valta voi olla myös rajoitettua tai olla paikka- tai aikasidonnaista. Tuittu (1994, 163, 175) käsittelee vallan esiintymistä kunnan ns. budjetointieliitin piirissä jonka hän määrittelee ryhmäksi ja/tai yksilöiksi joilla on keskeinen tieto ja vaikutusvalta kunnan taloudellisessa toimintakentässä, kuten esimerkiksi kunnanjohtajat, kamreerit ja suunnittelu- ja budjettipäälliköt.

4.2.2. Budjettivallan lähteet ja valtaperustat

Bacharach & Lawler luokittelevat valtaperustat neljään luokkaan: 1. rankaisemiseen, 2. materiaaliseen palkitsemiseen, 3. symboliseen palkitsemiseen ja 4. relevantin informaation hankintaan. Näiden he puolestaan uskovat olevan peräisin neljästä vallan lähteestä joita ovat:

1. Organisatorinen asema

Tämä vallanlähde antaa käyttää kaikkia valtaperustoja ja on vallanlähteistä traditionaalisin.

2. Persoonallisuus

Persoonaan liittyy karisman käsite jonka uskotaan olevan vallan lähde sen omistaville ihmisille.

3. Asiantuntemus

Asiantuntemusta omistavalla henkilöllä on usein erityistietoja ja – taitoja, usein organisaation ulkopuolelta opittuna. Asiantuntijavalta liittyy läheisesti budjettipositioon, koska juuri budjetointiprosessit vaativat paljon spesifiä budjetti-informaatiota ja tekniikan tuntemusta myös taloushallinnon asioissa.

4. Tilaisuus

Tämä vallanlähde liittyy ns. tilannetajuun, epävirallisiin valtasuhteisiin ja aseisiin sekä henkilökohtaisiin suhteisiin tai formaalin organisaation epävirallisiin piirteisiin. (Tuittu 1994, 120.)

Tuitun (1994, 117) määrittelemänä budjetin keskeinen valtaperusta on autonomia ja osallistuminen sekä osallistujien todellinen sitoutuminen tavoitteisiin. Hyvä olisi myös varoa budjettirakenteen liiallista polarisoitumista ja viranhaltijan vallan lisääntymistä.

Valta ei siis välttämättä ole näkyvää. Budjettitoimija havainnoi ensin ympäristöönsä ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa päätöksiin. Toimija pyrkii luonnollisesti vaikuttamaan vain sellaisiin asioihin, joihin hän pystyy vaikuttamaan. Kun oma vaikutuspiiri ja omat kyvyt on kartoitettu, tietoa ei välttämättä näytetä ulospäin ja valta jää implisiittisesti vain kantajansa tietoon. Peruselementteinä budjettivallankäytössä ovatkin budjettivallan lähteet ja budjettivallan perusteet. Vallan perusteet viittaavat niihin asioihin, jotka mahdollistavat toisiin osapuoliin vaikuttamisen. (Tuittu 1994, 119.)

Ihantola (1997, 116) esittää, että valtaelementti ei saa olla liiaksi korostunut budjetointisuhteessa, sen sijaan kommunikointielementtiä tulisi vahvistaa. Mikäli toisen osapuolen valta korostuu, esimerkiksi budjettia käytetään painostuskeinona, voi se ehkäistä toisen osapuolen motivointia ja heikentää keskinäistä kommunikointia. Chenhallin (1986, Ihantolan 1997, 116, mukaan) persoonallisuusteorian perusteella budjettiasenteet ovat positiivisempia, kun osapuolten autoritäärisyystasot ovat samat.

4.2.3. Tuottajan ja tilaajaan välinen valtajako

Mahdollisuutta kontrolloida informaatiota ja kommunikaatiota voidaan käyttää vallan keinona. Valta voi olla sidoksissa erityistaitoon tai – osaamiseen sekä funktionaaliseen erikoistumiseen organisaation ja sen ympäristön välisen suhteen hallitsemiseen. (Tuittu, 1997, 15.) Budjettiorganisaatioon luotu tietty muodollinen asema voi tuoda niiden haltijoille valtaa, koska niissä mahdollistuu informaation, varojen tai muiden päätösten kontrolli. Mahdollisuus pidättää itsellään oleellista tietoa tai sen jakamisen valikointimahdollisuus tuo melkoista välillistä valtaa niiden määrärahojen muotoutumiseen ja allokointiin, joilla kuntalaisten palvelutarpeita tyydytetään. (Tuittu, 1997, 29–30.)

Palvelujen tuottajilla on oleellinen informaatioon perustuva valta-asema, siitä yksinkertaisesta syystä, että heillä on hallussaan olennainen informaatio palvelujen tuotannosta ja resurssien käytöstä. (Tuittu, 1997, 27.) Esimerkiksi sairaanhoitopiirin ja kuntien välisessä suhteessa sairaanhoitopiirillä on teoreettisesti mahdollisuus valikoida kunnille antamansa tietoa

hinnoittelun ja tuotteistuksen perusteista. Samoin kunnilla on teoreettisesti mahdollisuus valikoida sairaanhoitopiireille antamaansa budjettitietoa sopimuksen neuvottelutilanteessa ja esimerkiksi esittää tarvitsemiensa erikoissairaanhoitopalveluiden määrä todellista pienempänä.

Valtaa voidaan kuvata myös epätasapainotilaksi. Se on sellainen voimasuhde, jossa toinen osapuoli voi hyötyä toisen kustannuksella ja saavuttaa toista osapuolta enemmän. Mitä enemmän toisella on valinnan vapaus kieltäytyä siitä mitä toinen osapuoli häneltä vaatii, sitä enemmän hänellä on valtaa. Riippumattomuus ja vapaus toisen osapuolen ”käskytyksestä” antavat vaikutusvaltaa. (Tuittu, 1997, 15.) Kunnat ja sairaanhoitopiiri eivät voi olla aidosti riippumattomia toisistaan. Kunnat voivat kokea pakkojäsenyytensä rajoittavan merkittävästi vaikutusvaltaansa suhteessa sairaanhoitopiireihin. Toisaalta sairaanhoitopiirien on hoidettava potilaat riippumatta kunnan maksukyvyistä tai – halukkuudesta.

4.2.4. Valta ja vaikutusvalta kunnallisessa budjetoinnissa

”Pohdittaessa budjetoinnin ja koko kuntatalouden valtaperustaa, on ilman muuta selvää, että resurssit liittyvät kiinteästi budjettiin ja muodostavat sen keskeisen valtaperustan”. (Tuittu, 1997, 30) Taloudellinen valta ja vaikuttaminen voidaan ajatella kiteytyvän talousarvion laadintaan, jossa budjettivaltaa saavat käyttää valtuutetut viranhaltijat.

Tuitun (1994, 98, 103; 1997, 24) mukaan kunnallishallinnossa voidaan väittää olevan aina kyse vallasta ja vaikuttamisesta. Hänen havaintojensa mukaan kunnallisella päätöksentekoaareenalla vallankäyttö ei keskity vain valtuustosaliin, vaan sitä tapahtuu hyvin monilla tahoilla ja tavoilla ennen varsinaisia valtuuston kokouksia.

KunL:n 2006/578 mukaan valtuustolle on pidätetty päätösvalta talousarvion määrärahoista. Voidaan sanoa että valtuuston budjettivallalla on siis normatiiviset perusteet. Käytännössä valtuuston valtaoikeudet ovat muodollisia koska se on delegoinut valtaansa eri toimielimille ja viranhaltijoille. Budjettivallan ydintoiminnot ovat budjetista päättäminen ja siihen liittyvien normien antaminen budjettisyklin toimeenpanovaiheessa. Tuittu (1994, 133–134) perustelee tällä budjetointivaltaa päätöksentekosysteemiksi ja jakaa sen vaiheisiin:

1. Hallituksen valmistelu
2. Valtuuston ratkaisu
3. Hallituksen toteutus
4. Valtuuston valvonta

Budjettiareenan voi muodostaa esimerkiksi valtuuston kokous jossa budjetoinnista päätetään. Tosiasiassa hallitus pitää suurinta osaa budjetoinnin langoista käsissään, koska sillä on parempi budjettitietous kuin valtuustolla. Voidaan ajatella hallituksen ja sen yksittäisten jäsenien olevan lähempänä tiedon lähteitä kuin valtuusto tai sen jäsenet, koska käytännössä kaupunginjohtaja ja budjettiyksikkö vastaavat budjetin kokoamisesta ja valvonnasta ympäri vuoden kun taas valtuutetut näkevät luvut vain syksyisin. Valtuuston vaikutusvalta onkin suurimmillaan valmisteluvaiheessa, jolloin sillä on ohjaustarkoituksella mahdollisuus vaikuttaa budjettiproseduurin lopputulokseen. Budjettiareenalle syntyy toimijoiden verkosto, jossa niin tietoiset kuin alitajuisetkin valtasuhteet vaikuttavat näkymättömästi vaikka seuraukset saattavat olla hyvinkin näkyviä. (Tuittu 1994, 134,136.)

Tuittu (1994, 153,155–156) jakaa vallan näkökulmasta budjetointiprosessin edellä mainittuihin neljään osaan: valmistelu, päätöksenteko, täytäntöönpano ja valvonta. Näissä kaikissa vaiheissa esiintyy eritasoista ja erimuotoista valtaa suhteessa kyseessä olevaan toimintaan. Oleellista on valtuuston ja hallituksen sekä toimintasektoreiden valtaoikeuksien jakautuminen vuotuisessa budjetointisyklissä. Valtuuston päätöksentekovaiheessa ollaan paljolti jäljessä siitä, mitä budjetin suhteen on jo tehty. Henkilö joka tekee budjettia päätyönään, pääsee oleelliseen informaation käsiksi heti prosessin alusta ja pääsee tekemään omia tulkintojaan asioista. Tiedon kontrolli, kuten jo aiemmin mainittiin, on yksi vallankäytön keskeisistä muodoista. Myös informaation ja lakien tulkinta on vähemmän näkyvissä olevaa vallankäyttöä. Budjetoinnin yhteydessä käytetään tulkintavaltaa tavoitteiden asettelussa ja niiden toteutumisen seurannassa. Kun valtuusto saa hallituksen budjettiehdotuksen, se on huomattavissa määrin riippuvainen siitä budjetti-informaatiosta jonka kaupunginhallitus valmistelijoineen on tuottanut. (Tuittu 1994, 156, 170.)

Hosiailuoma (291–292, Tuitun 1994, 168, mukaan.) toteaman mukaan budjettinormit ja ohjeet rajoittavat toimivaltaa: kun jokin toiminta lakisääteistetään menettää kunta itsenäistä budjettivaltaansa suhteessa valtioon. Budjettieliitin on sopeuduttava kunnassa vallitsevan organisaatiokulttuurin sääntöihin jotka rajaavat toimijoiden valtasuhteet ja toimintalinjat.

Neuvottelut on käytävä kollektiivisten tavoitteiden saavuttamisen hengessä lainsäädäntöä unohtamatta. Tiedetyt menot on yksinkertaisesti otettava budjettiin lainsäädännöllisistä syistä, mikä osaltaan kaventaa valtuuston päätäntävaltaa joka kohdistuu siis vain ns. vapaisiin menoihin ja tuloihin. (1969,

5. CASE- SAIRAANHOITOPIIIRIT JA -KAUPUNGIT

Sairaanhoitopiirien talousarvio- ja tilinpäätösluvut on koottu alla olevista Heikki Punnosen tekemistä ja Kuntaliiton julkaisemista vuositilastoista. Tilastot ovat osin puutteellisia johtuen esimerkiksi siitä, että vuonna 2004 ei vuositilastoa julkaistu lainkaan.

Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 1996

Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000,

Sairaaloiden tammi-joulukuu 2000

Sairaaloiden tammi-joulukuu 2001

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2002

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien vuosi 2003

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2005

Kuntien erikoissairaanhoidon talousarvio ja tilinpäätösluvut saatiin kaupungeilta suoraan 21.3.–2.4.2007 välisenä aikana.

Tilastoihin on muutettu markat euroiksi kurssilla 1 € = 5,94573 mk.

5.1. SAIRAANHOITOPIIIRIT JA – KAUPUNGIT, ESITTELY

5.1.1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirissä on kaksi sairaalaa: Seinäjoen keskussairaala ja Ähtärin sairaala. Seinäjoen keskussairaalassa on 607 sairaansijaa ja Ähtärin sairaalassa sairaansijoja on 28.(Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2006.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat ovat: Alahärmä, Alavus, Alajärvi, Evijärvi, Ilmajoki, Isojoki, Isokyrö, Jalasjärvi, Karijoki, Kauhajoki, Kauhava, Korttesjärvi, Kuortane, Kurikka, Lappajärvi, Lapua, Lehtimäki, Nurmo, Seinäjoki, Soini, Teuva, Töysä, Vimpeli, Ylihärmä, Ylistaro ja Ähtäri.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä otettiin käyttöön sopimusohjauskokeilu vuosina 2002–2004. Vuonna 2005 sopimusohjaus otettiin virallisesti käyttöön.

Vuoden 2001 lääkäri lakko vähensi tuotantoa useilla erikoisaloilla. Samana vuonna siirryttiin DRG-järjestelmän mukaiseen hinnoitteluun. Taloudellisesta tuloksesta tuli lakosta huolimatta varsin tyydyttävä, osin DRG-järjestelmän mukaisesta tuotteistuksesta johtuen tulot olivat hieman ennakoitua suuremmat. Ostopalvelut ja materiaalikulut lisääntyivät voimakkaasti. (Punnonen, 2002, 10.)

Taulukko 1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tulot vuosina 1999–2005.

Toimintatulot			
	TA	TP	muutos %
1999	123,4	126,4	2,5
2000	128,4	128,5	0,04
2001	133,7	139,2	4,1
2002	139,09	140,66	1,1
2003	148,21		
2004		109,82	
2005	169,52	112,16	-33,8

Myyntitulot jäsenkunnilta			
	TA	TP	muutos %
1999	104,2	107	2,7
2000	107,5	107,4	- 0,1
2001	112,3	117,3	4,5
2002	120,86	120,39	-0,4
2003	128,18		
2004		94,88	
2005	145,22	96,15	-33,8

Taulukko 2. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin menot vuosina 1999–2005.

Toimintamenot			
	TA	TP	muutos %
1999	116,9	113,9	-2,6
2000	120,3	128,2	1,5
2001	125,6	129,6	3,2
2002	132,61	135,09	1,9
2003	142,02		
2004		100,03	
2005	162,35	108,01	-33,5

Henkilöstömenot			
	TA	TP	muutos %
1999	78,9	75,4	-4,4
2000	80,6	79,2	-1,9
2001	81,9	82	0,06
2002	84,74	85,29	0,65
2003	89,75		
2004		63,01	
2005	100,32	67,94	-32,3

5.1.2. Seinäjoen kaupunki

Seinäjoen kaupungin väkiluku oli 31.12.2005 36 409

Työpaikat 31.12.2004 20 230

Pinta-ala 603 km²

Tuloveroprosentti 19,00

Kaupungin perustamisvuosi 1868

(Seinäjoen kaupunki, 2006.)

Seinäjoki on Etelä-Pohjanmaan maakunnan keskus ja myös yksi valtakunnallisista kasvukeskuksista. 1880-luvulla rautateiden rakentaminen loi edellytyksiä liike-elämälle ja maakunnallisten laitosten, kuten sairaalan, sijoittumiseen paikkakunnalle.

Seinäjoen kaupungin palveluorganisaatio koostuu neljästä palvelukeskuksesta, joita ovat kaupunginkanslia, sivistyskeskus, sosiaali- ja terveyskeskus ja tekniikkakeskus. Seinäjoki-konserniin kuuluu 21 tytäryhteisöä, joissa kaupungilla on määräysvalta. Merkittävimpiä näistä ovat Kyrönjokilaakson Vesi Oy, Seinäjoen Energia Oy, Seinäjoki Areena Oy, Seinäjoen Vuokra-Asunnot Oy, Kiinteistö Oy Marttilan kortteeri, Seinäjoen kaupunginteatteri Oy, Etelä-Pohjanmaan musiikkiopiston kannatusosayhtiö, Seinäjoen Orkesteriyhdistys ry, Seinäjoen Tietoraitti Oy, Etelä-Pohjanmaan Messut ja Seinäjoen Teknologiakeskus Oy. Kaupunkikonserniin kuuluu myös 15 osakkuusyhteisöä ja viisi kuntayhtymää. Lisäksi Seinäjoki konserniin kuuluu ylikunnallisena Seinäjoen seudun elinkeinokeskus, jota johtaa elinkeinotoimenjohtaja. (Seinäjoen kaupunki, 2006.)

Sopimusohjaus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä:

Peruslähtökohta on, että sopimusohjausta ei ole sidottu laskutukseen, vaan kuntamaksut määräytyvät juoksevasti läheteiden syntymisen mukaan. Maksuista pyritään sopimaan sopimusohjausneuvotteluissa etukäteen, mutta käytännöissä neuvottelut eivät ole sitovia. Kustannuksia pyritään ennustamaan ja arvioimaan yhdessä, sekä sairaanhoitopiiri pyrkii tiedottamaan jokaiselle sairaanhoitopiirin kunnalle tietyin väliajoin kertyneiden erikoissairaanhoidon maksujen määrän. Sairaanhoitopiiri esittää hinnastonsa kunnille joka vuosi. Jos kunnat haluavat alentaa erikoissairaanhoidon kustannuksia, siitä neuvotellaan yhteisen pöydän ääressä. Lähtökohtana on sairaanhoitopiirin suoritemäärien alentaminen joka käytännössä onnistuu perustelemalla kunnan aiheet panostaa omaan terveydenhuoltoon. Budjetointi perustuu siten sekä raha- että reaali-prosessin kuvaamiseen siinä, että euromäärien lisäksi pyritään ennustamaan suoritettavia suoritemääriä.

Taulukko 3. Seinäjoen kaupungin erikoissairaanhoidon menot 1999–2006, tilinpäätös verrattuna talousarvioon.

Seinäjoki	TA	TP	muutos %
1999	16,7	18,1	8,4
2000	17	19,5	14,7
2001	18,7	20	7
2002	20,6	20,4	-1
2003	21,8	22,0	1
2004	22,5	23,7	5,3
2005	26,9	27,4	1,9

1.1.2005 Seinäjoen kaupunki ja Peräseinäjoen kunta yhdistyivät ja väkiluku kasvoi n. 10 %. Kustannukset kasvoivat suurin piirtein samassa suhteessa. Tämä selittää vuosien 2004 ja 2005 välisen 10 % kustannusten nousun.

Seinäjoen kaupunki oli mukana sopimusohjauskokeilussa vuosina 2002–2004. Taulukosta voidaan nähdä, että vuoteen 2001 saakka erikoissairaanhoidon talousarvioluvut olivat pienemmät kuin edellisen vuoden tilinpäätös, mikä viittaisi alibudjetointiin. Vuodesta 2002 alkaen talousarvioluvut on asetettu korkeammalle tasolle kuin edellisen vuoden tilinpäätös. Vuodesta 2002 alkaen on myös onnistuttu paremmin erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoinnissa. Ennen vuotta 2002 keskiarvo muutos % oli 10,3. Vuonna 2002 talousarvio jopa alitettiin ja siitä eteenpäin keskiarvo muutos % oli vain 1,8. Tästä voidaan päätellä, että sopimusohjaus on Seinäjoella auttanut erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoinnissa.

Taulukosta voidaan päätellä, että suurimman osan ajasta tilinpäätösluvut ovat olleet korkeampia kuin talousarvioluvut. Poikkeuksen muodostavat vuodet 2002–2003, joka sijoittuu sopimusohjauskokeilun alkuaikaan. Silloin tilinpäätösluvut ovat olleet lähimpänä talousarvioon laitettuja summia.

5.1.3. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaalaa Kanta-Hämeen Keskussairaala, jolla on toimintayksiköt Hämeenlinnassa ja Riihimäellä.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluu 16 jäsenkuntaa, joissa on asukkaita yhteensä noin 168 400.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä, Hattula, Hauho, Hämeenlinna, Kalvola, Renko, Janakkala, Lammi, Tuulos, Hausjärvi, Loppi, Riihimäki. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, 2006.)

Sopimusohjaus eli kehysbudjetointimalli otettiin käyttöön vuonna 2001. Lounais-Suomen aluesairaala irtaantui sairaanhoitopiiristä vuoden 2001 alussa. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän kanssa luotiin toimiva yhteistyömalli.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin johto:

”Kuntayhtymässä oli vuonna 2001 ensimmäistä kertaa käytössä koko sairaanhoitopiirin oman toiminnan osalta sopimusohjausjärjestelmä. Siinä jäsenkuntien kanssa sovittiin omalle toiminnalle kiinteä hinta koko vuoden palvelujen osalta...”

Taulukko 4. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin tulot vuosina 1999–2005.

Toimintatulot			
	TA	TP	muutos %
1999	107,7	109,2	1,4
2000	109,4	112,1	2,4
2001	94,3	94,9	0,7
2002	101,22	102,5	1,3
2003	108,79		
2004		79,73	
2005	129,66	87,49	-32,5

Myyntitulot jäsenkunnilta			
	TA	TP	muutos %
1999	91,6	92,8	1,3
2000	91,9	94,7	2,9
2001	81,6	82,6	1,2
2002	87,2	89,38	2,5
2003	94,27		
2004		68,83	
2005	111,9	76,28	-31,8

Taulukko 5. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin menot vuosina 1999–2005.

Toimintamenot			
	TA	TP	muutos %
1999	100,6	99,5	-1,1
2000	104,4	106,5	2
2001	90,9	93,3	2,6
2002	97,53	100,67	3,2
2003	104,82		
2004		75,25	
2005	124,74	79,15	-36,5

Henkilöstömenot			
	TA	TP	muutos %
1999	66,4	62,7	-5,6
2000	68,1	67,4	-1
2001	57	57	0
2002	60,98	60,85	-0,2
2003	65,33		
2004		46,15	
2005	72,66	48,65	-33

Yhdessä kuntien kanssa kehitettiin sopimusohjaukseksi kehysbudjetointimalli, jossa kuntamaksut asetetaan vuosittain kiinteäksi perustuen 2,5 edellisen vuoden suoritemäärien toteutumaan. Sopimusohjauksen, toisin sanoen kehysbudjetoinnin käyttöönotto vuonna 2001 sairaanhoitopiirin tulot ja menot näyttävät notkahtavan selvästi.

5.1.4. Hämeenlinna

1862 Hämeenlinna yhdistettiin maan pääkaupunkiin rautatiellä ja samoihin aikoihin alkoi vilkas höyrylaivaliikenne Vanajavedellä. 1800-luvun Hämeenlinna oli idyllinen koulu-, hallinto- ja varuskuntakaupunki. Teollinen kehitys alkoi varsin myöhään. Hämeenlinnan perustekijänä on ollut edullinen sijainti. (Hämeenlinnan kaupunki, 2006.)

Hämeenlinnan perustamisvuosi on 1639.

Tuloveroprosentti on 18

Asukasluku oli 1.1.2005 47 200

Maa pinta-ala on 166,6 km²

Vesi pinta-ala on 18,5 km²

yhteensä 185,1 km²

(Hämeenlinnan kaupunki, 2006.)

Hämeenlinnan elinkeinoelämä on kolmanneksi monipuolisin Suomessa. Vahvimpana on kone- ja metalliteollisuus (3000 työpaikkaa), maaseutuelinkeinot (200 työpaikkaa), kauppa (200 työpaikkaa) ja rakentaminen (2000 työpaikkaa). Julkisia työpaikkoja on kolmasosa kaikista työpaikoista. Hämeenlinnan seudun työttömyysaste on 11 %. Suurimpia työnantajia on Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, Rautaruukki Oyj ja Huhtamäki Oyj.

Vuosikate vuonna 2003 oli 8,2 M€ (Hämeenlinnan kaupunki, 2006.)

Sopimusohjaus Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä:

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä on käytössä kehysbudjetointi sopimusohjausmuotona. Sopimusmuoto on kehitetty sairaanhoitopiirin ja kuntien yhteistyönä, johon kummatkin ovat siten tyytyväisiä. Periaatteena mallissa on, että vuosittainen erikoissairaanhoitomaksu lasketaan jokaisen kunnan kohdalta 2,5 edellisen vuoden toteutuneiden suoritteiden keskiarvolla kiinteäksi maksuksi seuraavalle vuodelle. Näin sekä kunnat että sairaanhoitopiiri voivat laatia budjettinsa yhdenmukaisiksi ja tarkoiksi. Ainoastaan sairaanhoitopiirin hinnoista käydään jokavuotiset neuvottelut. Budjetit laaditaan siten pääpainoltaan rahaprosessiin perustuen toteutuneiden suoritemäärien pohjalta euromääräisiksi.

Taulukko 6. Hämeenlinnan kaupungin erikoissairaanhoidon menot vuosina 1999–2005, tilinpäätös verrattuna talousarvioon.

Hämeenlinna	TA	TP	muutos %
1998	26,3	27,3	4
1999	26,1	27,4	5
2000	27,5	27,7	0,7
2001	27,7	28,4	2,5
2002	29,3	29,6	1
2003	31,2	32,1	2,9
2004	33,5	35,4	5,7
2005	37,7	38,7	2,7

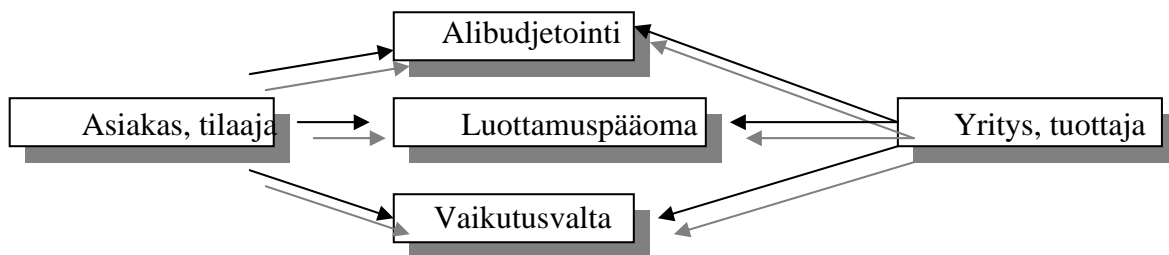
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri otti käyttöön sopimusohjauksen vuonna 2001. Taulukosta voidaan nähdä, että ennen vuotta 2001 talousarvioluvut asetettiin lähes samalle tai alemmalle tasolle kuin edellisvuoden tilinpäätösluvut, mikä viittaisi alibudjetointiin. Näin meneteltiin vielä vuoden 2001 talousarviossa, mutta siitä eteenpäin on erikoissairaanhoidon kustannuskehitys pyritty ennakoimaan paremmin. Vuodesta 2002 alkaen talousarvioluvut on asetettu korkeammalle tasolle kuin edellisen vuoden tilinpäätös.

Vuodesta 2002 alkaen on myös onnistuttu paremmin erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoinnissa. Ennen vuotta 2001 keskiarvo muutos % oli 3,23. Siitä eteenpäin keskiarvo muutos % oli 2,10. Tästä voitaisiin päätellä, että sopimusohjaus on auttanut erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoinnissa Hämeenlinnassa.

Taulukosta voidaan päätellä, että tilinpäätösluvut ovat olleet korkeammat kuin talousarvioluvut. Kaikkein lähimpänä talousarvioluvut ovat olleet tilinpäätöstä vuosina 2000 ja 2002.

5.2. HAASTATTELUAINIESTON HANKINTA JA ANALYSOINTI

Haastattelun 9.-11.5.2006 välisenä aikana kahta Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin talousvaikuttajaa sekä kolmea Seinäjoen ja Hämeenlinnan kaupungin keskeistä talousvaikuttajaa. Haastattelujen tarkoituksena oli saada sopimusohjaukseen epäsuorasti tai suorasti osallistuvia toimijoita Seinäjoen kaupungin, Hämeenlinnan kaupungin, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin organisaatioista ja selvittää heidän käsityksiään ja omakohtaisia kokemuksia sopimusohjauksen vaikutuksesta luottamukseen ja vaikutusvaltaan sairaanhoitopiirien ja kuntien välillä sekä yleistä käsitystä näiden ulottuvuuksien kytköksestä alibudjetoinnin ongelmaan. Haastatteluja oli yhteensä viisi ja ne olivat kestoltaan tunnista pariin tuntiin. Haastattelut nauhoitettiin ja purettiin litteroimalla, josta saadun tekstiaineiston pohjalta käsiteltiin tuloksia. Haastateltavia oli yksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, kaksi Seinäjoen kaupungista, yksi Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä ja yksi Hämeenlinnan kaupungista. Sairaanhoitopiirin edustajia oli yhteensä kaksi ja kuntien edustajia kolme. Haastatteluihin haluttiin saada edustajia kaupungilta, sairaanhoitopiiriltä ja kaupungin terveyskeskukselta. Haastattelut olivat puolistrukturoituja eli annoin haastateltavien vapaasti vastata teemakysymyksiini omaan kokemukseensa ja intuitioonsa pohjaten. Haastattelujen kolme teemaani olivat luottamus, vaikutusvalta ja alibudjetointi, jotka kytkevät sopimusohjaukseen.



Kuvio 6. Haastattelujen ulottuvuudet ja näkökulmat.

Haastattelun teemojen alaotsikot olivat:

Luottamus:

LUOTTAMUS
SITOUTUMINEN
ILMAPIIRI
KUNNAN BUDJETOINTIKÄYTÄNTÖ
MILLOIN JA MIKSI

Vaikutusvalta:

VAIKUTUSVALTA
MISSÄ JA MILLOIN
KUNNAN/SAIRAAHOITOPIIRIN TODELLISET PÄÄTTÄJÄT

VALINNANVAPAUDEN RAJOITTEET

SITOUTUNEISUUDEN ASTE SUHTEESSA MUIHIN
BUDJETTIOSALLISTUJIIN

VALTUUSTON TOSIASIALLINEN PÄÄTÖKSENTEKO
ONKO BUDJETOINTI RUTIINIA VAI TODELLISTA PÄÄTÖKSENTEKOA?
VAIKUTUSVALLAN KOHTEESSA ONNISTUMINEN
NEUVOTTELUN VAIKUTUS

Alibudjetointi:

ALIBUDJETOINTI
LUOTTAMUS JA ALIBUDJETOINTI
VAIKUTUSVALTA JA ALIBUDJETOINTI
TULEVAISUUS

Ideota kysymyksiini sain Hannu Tuitun teoksesta ”Eliitti, valta ja budjetti.”(1994), Eeva-Mari Ihantolan teoksesta ”Organisaation budjetointi-ilmapiirin ymmärtäminen organisatoris-sosiaalisessa kontekstissään” (1997) sekä Kaj Ilmosen, Pertti Jokivuoren, Kimmo Kevätsalon ja Pauli Juutin teoksesta ”Luottamus ja paikallinen sopiminen”(2000).

Ryhmittelen vastaajat ensin sairaanhoitopiiriin ja kuntien vastaajiin ja sitten sairaanhoitopiireittäin. Kaikki vastaajani eivät olleet vaikutusvaltaisessa asemassa tai heillä ei vielä ollut karttunut kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Luottamuksellisuuden ja henkilöiden anonymiteettisuojaan vuoksi tuloksia esittäessä puhutaan vain sairaanhoitopiiriin tai kaupunkien edustajista tai vain haastateltavista. Haastateltavien joukkoni on verraten pieni joten haastatteluni ovat suuntaa antavia case-sairanhoitopiirien budjetointiasenteista. Laajempi tutkimus antaisi yleistettävämpiä tuloksia. Tarkoitukseni on kuitenkin ”haistella” valitsemieni case-sairanhoitopiirien edustajien mielipiteitä ja tarkastella kuinka paljon yhtäläisyyttä tai eriävyyksiä niissä esiintyy verrattuna Hyvösen ja Järvisen saamiin vastauksiin.

Vastauksissa huomioitavaa on, että Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sopimusohjausta ei ole sidottu laskutukseen vaan laskutus muodostuu juoksevasti läheteiden syntymisen mukaan. Sopimusohjaus on siellä keino välittää sairaanhoitopiiriin hinnoittelun ja tuotteistuksen perusteista tietoa ja laskelmia kuntiin, sekä toimia kustannusten ennustamisen työvälineenä. Kanta-Hämeessä on käytössä sopimusohjauksena kehys- eli raamibudjetointi, jossa läheteiden määrän vaihtelut eivät puolestaan vaikuta kuluvan vuoden laskutukseen, vaan kuntien maksuosuudet muodostuvat ja lyödään lukkoon 2,5 edellisen vuoden toteutuneiden suoritteiden keskiarvon perusteella. Haastattelukysymykset ovat pro gradu työni lopussa liitteenä 2.

Huomioitavaa on myös, että haastatteluissani puhuttaessa alibudjetoinnista, tarkoitetaan erikoissairanhoidon alibudjetointia.

5.3. HAASTATTELUJEN TULOKSET

5.3.1. Kuntien ja sairaanhoitopiirien näkemykset

5.3.1.1. Luottamus

LUOTTAMUS

Kunta: Kunnissa luotetaan sairaanhoitopiirin asiantuntijuuteen ja osaamiseen sekä palveluun ollaan yleisesti tyytyväisiä. Erikoissairaanhoidon tukipalveluilta vaaditaan tehokkuutta ja kustannusten synnystä haluttaisiin paremmin olla kunnissa selvillä. Sairaanhoitopiirien asiantuntijuus antaa ylilyöntiaseman verrattuna kuntiin erikoissairaanhoidon kustannustietämyksessä, mutta avoimen keskusteluyhteyden ylläpito lisää osapuolten välistä luottamusta. Positiivisena koettiin sopimusohjauksen luoma keskinäinen keskustelufoorumi minkä katsottiin lisänneen läpinäkyvyyttä, tietoa kustannusten jakautumisesta ja avoimuutta ja tätä kautta myös luottamusta.

Sairaanhoitopiiri: Sopimusneuvotteluissa päästään yleensä yhteisymmärrykseen kuntien kanssa. Sairaanhoitopiireissä luotetaan kuntien olevan sitoutuneita sopimusohjaukseen ja tuovan sopimusneuvotteluihin asiallisia laskelmia esimerkiksi tilauksen pienentämisen yhteydessä selvityksiä omaan toimintaan panostamisesta. Yleensä sairaanhoitopiirin tekemä tarjous hyväksyttiin lähes sellaisenaan. Joskus kuitenkin ilmeni joitain kuntia jotka halusivat kokeilla ”kepillä jäätä” ja toivat neuvottelupöytään realistista pienempiä lukuja. Haastateltava:

”Mutta sitten on joitakin kuntia jotka ihan selvästi haluaa ikään kuin säästämismielessä ilmiottaa että tämä on liian kallista ja nyt he vähentävät tätä ostoa näin paljon mutta se on enemmän ollut tällainen että halutaan se sopimus alemmalle tasolle, sitten kuitenkin eletään seuraavana vuonna niin ettei ne lähetteet mihinkään vähene eikä mitään muuta elikkä toteutuma edelleen on sillä vanhalla tasolla”

Ongelmien alkuperäksi nähtiin kuntien tiukka rahatilanne. Sopimusohjauksen ansioksi laskettiin kuntien kustannus- ja hintatietoisuuden lisääntyminen ja sairaanhoitopiirin

laskutusperusteiden ymmärtäminen. Sairaanhoidopiirin kustannusten nousua ei aikaisempaan verrattuna kyseenalaistettu ja kuntien sosiaali- ja terveystoimen budjetin laatijat eivät joutuneet tekemään erillisiä tiedusteluita sairaanhoidopiiriltä erikoissairaanhoidon laskutuskertymistä. Sopimusohjauksella uskottiin olevan kuntien erikoissairaanhoidon alibudjetointia vähentävä vaikutus.

SITOUTUMINEN

Kunta: Osapuolten sitoutumista sopimusohjaukseen pidettiin vaihtelevana. Syitä alhaiseen sitoutumiseen uskottiin löytyvän sekä kuntien että sairaanhoidopiirin puolesta. Syiksi annettiin kuntien osallistumisen puute, kuntalaisten sairastavuuden vaikea ennustettavuus ja sairaanhoidopiirin vaihteleva halu sitoutua sopimusohjaukseen. Kunnan oman toiminnan kehittämällä, kustannusrakenteen avaamisella kunnille ja johtamisen parantamisella uskottiin parannettavan sopimusohjaukseen sitoutumista.

Sairaanhoidopiiri: Sopimusohjaukseen sitoutumisesta on yleensä ottaen positiivinen kuva. Sairaanhoidopiirien reuna-alueiden kuntien havaittiin ostavan sairaanhoidopiiriltä palveluita, vaikka niillä olisi ollut mahdollisuus ostaa niitä viereisiltä sairaanhoidopiireiltä. Tämä seikka katsottiin osaltaan sitoutumisen merkiksi. Kunnat olivat aktiivisia osallistujia ja jos muutoksia sairaanhoidopiirin ehdottamaan tarjoukseen haluttiin, kuntien esittämät laskelmat ja säästöesitykset olivat hyvin perusteltuja. Oman organisaation sitoutuminen nähtiin toisaalta vaihtelevana: lääkäreiden työetiikan katsottiin olevan osin ristiriidassa sopimusohjauksen kanssa, koska jos potilaita tuli jonakin vuonna enemmän, heidän hoitaminen oli aina lääkäreiden ykkösprioriteetti, ei sopimusohjaussopimuksen noudattaminen. Sopimusohjauksen katsottiin aikaansaaneen myös jonkin verran turhaa byrokratiaa.

ILMAPIIRI

Kunnat: Ilmapiiriä sairaanhoidopiirin ja kuntien välillä pidettiin asiallisena, suorana ja avoimena pienistä erimielisyyksistä huolimatta. Osapuolten välistä keskusteluyhteyttä pidettiin hyvänä ja tärkeänä asiana.

Sairaanhoidopiiri: Ilmapiiri arvioitiin kohtalaista paremmaksi. Osapuolet ymmärsivät toisiaan ja keskustelu oli avointa.

KUNNAN BUDJETOINTIKÄYTÄNTÖ

Kunnat: Sairaanhoidopiirien esittämiä tarjouslaskelmia pidettiin realistisina koska ne perustuivat edellisten vuosien toteutumiin tai laskennallisiin edellisten vuosien keskiarvoihin. Jatkuva kustannusten nousu pääsi yleensä huonolla tavalla yllättämään. Kustannusten kasvu kuitenkin hyväksyttiin, niin kauan kuin se johtui suoritteiden määrän kasvusta eikä suoritehintojen kohoamisesta. Kuntien omasta budjetointikäytännöstä puolestaan oli eriäviä mielipiteitä. Jos toinen vastaaja näki alibudjetoitujen lukujen laittamisen budjettiin paljon käytetty keinona saada tasapainotettua talousarviota, toinen vastaaja ei uskonut tahallisen alibudjetoinnin olemassaoloon vaan näki kuntien budjetoinnin noudattavan sillä hetkellä käytettävissä olevan tiedon hyödyntämistä mahdollisimman realistisen budjetin aikaansaamiseksi. DRG-luokituksen mukaista hinnoittelua pidettiin asiallisena, mutta hinnoittelun ja tuotteistuksen toivottiin vielä kehittyvän.

Sairaanhoidopiiri: Drg-luokituksen mukainen hinnoittelu todettiin niin monimutkaiseksi, että kunnissa sitä ei pystytä täysin ymmärtämään.

MILLOIN JA MIKSI

Kunnat: Luottamus suhteessa sairaanhoidopiiriin koettiin olevan pienimmillään suoritteiden hintojen määrittelyn yhteydessä tai budjetoitujen kustannusten ylittyessä. Jatkuva kunnan ja sairaanhoidopiirin keskinäinen kanssakäyminen ja keskusteluyhteys puolestaan ylläpitivät luottamussuhdetta.

Sairaanhoidopiiri: Loppuvuodesta tunnelman koettiin kiristyvän kun euromääriä alettiin lyömään lukkoon. Luottamusta kuitenkin pönkitti se, että sopimusten pohjalla oli edellisten vuosien toteutuneet suoritemäärät, siten laskelmat olivat mahdollisimman realistiset.

5.3.1.2. Vaikutusvalta

VAIKUTUSVALTA

Kunnat: Kunnissa uskottiin vallan olevan sairaanhoitopiireillä, koska he ovat palvelun järjestäjiä. Myös kuntien pakkojäsenyyden katsottiin antavan sairaanhoitopiireille etulyöntiaseman neuvottelutilanteissa.

Sairaanhoitopiiri: Sopimusohjauksen katsottiin tasapainottavan sopijaosapuolten keskinäisiä vaikutusmahdollisuuksia. Toisaalta katsottiin myös, että sairaanhoitopiirillä oli enemmän vaikutusvaltaa asiantuntijuuden, tietovarannon, osaamisen ja henkilöstöressurssien kautta.

MISSÄ JA MILLOIN

Kunnat: Keskusteluyhteyden katsottiin antavan kunnille vaikutusvaltaa ja sopimusohjauksen uskottiin tuoneen budjetointimekanismiin jäntevyyttä, mutta jos yhteisymmärrystä ei löytynyt, sairaanhoitopiirin uskottiin vetävän pidemmän korren. Vastaajat uskoivat itse pystyvänsä vaikuttamaan sopimusneuvotteluihin. Eniten valtaa päästiin käyttämään sairaanhoitopiirin investointien suunnittelussa ja itse sopimusneuvottelutilanteessa, vähiten taas käytännön työn toteutuksessa.

Sairaanhoitopiiri: Sairaanhoitopiirien edustajien mielestä sopimusohjaus ei ollut vaikuttanut oman organisaation budjettivaltaa käyttävien henkilöiden vaikutusvaltaan, koska perusasiat kuntienmaksuosuuksien sopimisessa eivät olleet muuttuneet. Kuntien kannalta olennainen muutos sitten sopimusohjaukseen siirtymisen katsottiin olevan maksuosuuksien parantuneessa ennustettavuudessa ja kuntien lisääntyneessä tietämyksessä sairaanhoitopiirin hinnoittelun perusteista. Asiantuntijavalta myönnettiin keskeiseksi sairaanhoitopiirien vaikutusvallan lähteeksi suhteessa kuntiin. Toisaalta kunnat vaikuttavat sairaanhoitopiirin hallituksessa sairaanhoitopiirin päätöksiin ja kunnilla oli edelleen itsenäinen päätösvalta esimerkiksi päivystystoiminnan organisoinnin ja sijoittamisen suhteen. Silloin kun sairaanhoitopiiri antaa sopimusohjausprosessissa kunnille seuraavan vuoden ennusteen se käyttää asiantuntijavaltaansa suhteessa kuntiin.

KUNNAN/SAIRAANHOITOPiIRIN TODELLISET PÄÄTTÄJÄT

Kunnat: Kuntien vastaajien mukaa eniten valtaa sopimusneuvotteluissa oli kunnan ja sairaanhoitopiirin talousjohtajilla, terveyskeskuksen johtavilla ylilääkäreillä ja johtajilla, erikoisalujen vastuulääkäreillä, perusterveydenhuollon kuntayhtymän tai sairaanhoitopiirin johtajalla ja hallintojohtajalla.

Sairaanhoitopiiri: Sairaanhoitopiirien mielestä eniten vaikutusvaltaa sopimusohjausneuvotteluissa oli sairaanhoitopiirin päässä sairaanhoitopiirin johtajalla, hallintoylilääkärillä ja toiminta-alueen johtajilla, kuntien päässä perusturvajohtajilla, perusterveydenhuollon- tai kansanterveystyön kuntayhtymän johtajilla ja terveyskeskuksen johtajaylilääkäreillä.

VALINNANVAPAUDEN RAJOITTEET

Kunnat: Kysyttäessä kuntien vastaajien budjettipäätöksentekoa rajoittavia tekijöitä, haastateltava vastasi:

” Talouden yleiset realiteetit rajoittavat toimintaa enemmän kuin mikään muu.”

Kuntien pakkojäsenyys oli toinen suuresti rajoittava tekijä kuntien tiukan taloudellisen tilanteen lisäksi, koska aitoa valinnanvapautta ei ole palvelujen hankkimisessa. Erikoissairaanhoidon asiantuntijuuden puute nimettiin yhdeksi rajoittavaksi tekijäksi.

Sairaanhoitopiiri: Päätettäessä budjetista, suurimmiksi valinnanvapauden rajoittajiksi nimettiin edellisten vuosien suoritelaskutukset ja kuntien vastaukset ehdotettuihin tarjoussummiin.

VALTUUSTON TOSIASIALLINEN BUDJETTIPÄÄTÖKSENTEKO

Kuntien edustajien mielestä valtuustolla on tosiasiallinen mahdollisuus päättää määrärahoista ja niiden kattamiseksi tarvittavista tuloista. Pohjatyö tehdään lautakunnissa ja valmisteluprosessissa luottamushenkilöt pääsevät aidosti vaikuttamaan.

Sairaanhoitopiiri: Kuntien päätöksenteko nähdään virkamiesvetoisena. Virkamiesten valmistelutyö sekä talouden reunaehdot sanelevat hyvin pitkälle kuntien päätöksentekoa ja hallitus nähdään ratkaisevien päätösten tekijäksi.

ONKO BUDJETOINTI RUTIINIA VAI TODELLISTA PÄÄTÖKSENTEKOA?

Kunnat: Valtuuston vuotuista budjettikokousta pidettiin yhdistelmänä rituaalia ja todellista päätöksentekoa. Ennen varsinaista budjettikokousta, luottamushenkilöt pääsivät vaikuttamaan budjettiin valmistelutyön kautta. Varsinainen budjettikokous koostui rutiineista.

Sairaanhoitopiiri: Vuotuista budjettikokousta ei pidetty täysin rutiinina ja rituaalina mutta mitään merkittäviä päätöksiä ei siellä nähty tehtävän.

VAIKUTUSVALLAN KOHTEESSA ONNISTUMINEN

Kunnat: Vastaajat arvioivat onnistuneensa kohtuullisella tasolla arvioimaan edellisten vuosien budjetteihin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannukset. Erikoissairaanhoidon koettiin astetta vaikeammaksi ennustaa kuin perusterveydenhuolto.

Sairaanhoitopiiri: Pyydettyä arvioimaan kuinka hyvin haastateltavat olivat mielestään onnistuneet arvioimaan edellisissä budjeteissa sairaanhoitopiirin menoeriä, toinen haastateltava ei ollut vaikuttanut kyseisiin eriin joten vastaukset olivat yhden vastaajan antamia. Tämä vastaaja arvioi onnistuneensa kohtuullisen hyvin. Suurimmat ongelmat olivat olleet palveluihin sisältyvät ostot ulkopuolisilta sairaaloilta, samoin aineissa ja tarvikkeissa olevat lääkkeet ja hoitotarvikkeet joiden arvioiminen on vaikeaa.

VAIKUTUSVALTA NEUVOTTELUISSA

Kunnat: Sopimusneuvotteluissa oli onnistuttu saamaan omia ehdotuksia läpi.

Sairaanhoitopiiri: Sopimusneuvotteluissa sairaanhoitopiirin ehdotusten uskottiin menevän yleensä läpi..

5.3.1.3. Alibudjetointi

LISÄBUDJETTI

Kunnat: Lisäbudjetteja erikoissairaanhoidon kuluille joudutaan ilmeisesti edelleen tekemään, mutta lisäbudjettien suuruus vaihtelee. Lisäbudjetin tekemisestä kuultiin kritiikkiä vaihtelevasti. Alibudjetoinnin ja sopimusohjauksen välillä ei nähty yhteyttä. Kahta mieltä oltiin siitä, esiintyikö alibudjetointia ollenkaan. Tietoista alibudjetointia ei uskottu harrastettavan. Toisaalta vastakkaista näkemystä edusti käsitys, että alibudjetointia oli esiintynyt aina ja se oli helpoin tapa tasapainottaa tiukka budjetti. Yleensä alibudjetoitu erä oli erikoissairaanhoido.

Sairaanhoitopiiri: Ostopalvelut nähtiin erityisenä ongelmakohtana. Ne ylittyivät joka vuosi. Kyseinen erä katsottiin helpoimmaksi suureksi eräksi lähteä karsimaan ja koska tällä tavalla meneteltynä oli helpompi panostaa omaan toimintaan. Alibudjetointia uskottiin olleen ennen tai esiintyvän edelleen. Sopimusohjauksen ja alibudjetoinnin välillä ei nähty suoranaista yhteyttä. Syiksi alibudjetointiin kerrottiin liian jäykkä budjetointimekanismi. Haastateltava:

”...esimerkiksi se, että jos ei saada jotakin osajaa itse se saattaa olla että meillä on virka, se budjetoidaan palkkoihin, sitten sitä virkaa ei saada täytettyä, palkkakustannukset säästyvät, se potilas lähetetään muualle, se ostetaan sitten ostopalveluna ja tämä tekee heti semmoisen tempun että henkilöstömenojen ja ostopalvelujen välillä heiluu rahat sen mukaan mutta sitä ei haluta budjetissa muuttaa koska se virka on olemassa niin sille viralle budjetoidaan kunnalta joka vuosi ne rahat ja toivotaan että se virka saadaan täyteen. Jos ei sitä saada, niin se käytetään kuitenkin ostopalveluihin niin täällä on tällaista liikehdintää sitten joka osittain synnyttää näitä kuvioita että kaikki ei ole tietoista alibudjetointia vaan se, että se kirjautuu toteutumavaiheessa sinne palvelujen ostoon koska se on budjetoitu palkkoihin.”

Toisena syynä ostopalvelujen alibudjetointiin haastateltava toi esille:

“Joskus taas tämä tietenkin on se, että suunnitellaan että joku toiminto otetaan omaksi toiminnaksi, mutta se ei sitten käynnistykään niin nopeasti kuin on suunniteltu.”

LUOTTAMUS JA ALIBUDJETOINTI

Tästä eteenpäin kysymykset esitettiin niille vastaajille jotka uskoivat alibudjetointia esiintyneen tai esiintyvän yhä.

Kunnat: Alibudjetointi synnytti epäluuloisuutta sairaanhoitopiiriä kohtaan aina kun budjetit ylittyivät. Alibudjetoinnin poistuminen lisäsi kunnan ja sairaanhoitopiirin välistä luottamusta.

Sairaanhoitopiiri: Jos budjetin ylitykset johtuivat tuotantomäärän kasvusta, kunnat tietävät ettei sairaanhoitopiiri voi asiaan vaikuttaa, jos taas kustannusten nousu johtuisi hintojen noususta, silloin kunnat olisivat tyytymättömiä. Niin kauan kun budjetin ylitykset johtuivat tuotantomäärien kasvusta, kunnat tyytyivät selitykseen. Alibudjetoinnin poistuminen lisäsi kahdenkeskistä luottamusta jonkin verran. Sairaanhoitopiirien havainto oli, että kunnissa on edelleen vaikea uskoa erikoissairaanhoidon jatkuvasti nouseva kustannustaso.

VAIKUTUSVALTA JA ALIBUDJETOINTI

Kunta: Alibudjetointi vaikutti vastaajien organisaation budjettiseurantaan herättämällä keskustelua ja taloushenkilöstön aktivoitumista kustannusseurantaan. Alibudjetointi aiheutti myös syyttelyä sairaanhoitopiirin suuntaan.

Sairaanhoitopiiri: Jos alibudjetointia havaittiin, se vaikutti haastateltavan mukaan yleensä loppuvuodesta:

”.. käytiin kaikki läpi että tarvitseeko kaikkia asioita esimerkiksi olla mitä on tai, mikä meillä on nyt edelleenkin käytössä, että yhtään vakinaista vakanssia ei saa panna auki ilman että johtoryhmä on käsitellyt ne.”

Vastaajan mukaan täytyi puntaroida nostetaanko hintoja vai ei, jos budjetit alkoivat näyttää tulopuolella miinusmerkkisiltä. Alibudjetoinnilla ei kuitenkaan ollut budjettiseurantaan varsinaisesti muuttavia vaikutuksia, vaan seurantaa toteutettiin kuten ennenkin.

5.3.2. Näkemykset Seinäjoella ja Hämeenlinnassa

5.3.2.1. Luottamus

LUOTTAMUS

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Ilmapiiri kuvailtiin suhteellisen avoimeksi ja keskustelevalaksi sairaanhoitopiirin ja Seinäjoen kaupungin välillä. Peruslähtökohta on, että sopimusohjausta ei ole sidottu laskutukseen, vaan kuntamaksut määräytyvät juoksevasti läheteiden syntymisen mukaan. Sopimusohjauksella tuotiin sellainen muutos olemassa olevaan järjestelmään, että jos kunnat tahtoivat pienentää euromääräistä tilaustaan, niiden oli pienennettävä tilausmäärää, eli näytettävä esimerkiksi suunnitelma omaan toimintaan panostamisesta. Tämä vähensi kuntien kritiikkiä kasvavista kustannuksista, koska kunnat pystyivät sopimusohjauksen seurantatiedoista toteamaan suoritemäärien lisääntyneen, ja hinnoittelun pysyneen samana. Usein sairaanhoitopiirin tarjous hyväksyttiin sellaisenaan. Sopimusohjauksen ei varsinaisesti katsottu lisänneen luottamusta sopijaosapuolien kesken, mutta kuntien tietoisuus sairaanhoitopiirin hinnoittelun perusteista katsottiin lisääntyneen ja tätä kautta laskutuslisäykset ymmärrettiin paremmin. Kunnat pystyvät ennustamaan erikoissairaanhoidon kulunsa nyt entistä paremmin.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Ilmapiiri kuvattiin hieman jännitteiseksi. Ongelmien perimmäisen syyn katsotaan olevan kuntien heikossa rahatilanteessa. Yhdessä kuntien kanssa kehitettiin sopimusohjaukseksi kehysbudjetointimalli, jossa kuntamaksut asetetaan vuosittain kiinteäksi perustuen 2,5 edellisen vuoden suoritemäärien toteutumaan. Tällä tavalla päästiin kustannusten vaikeasta ennustettavuudesta ja osittain myös alibudjetoinnista. Haastateltava:

”...meillä tämä sopimussysteemi tasaa näitä vuosiheilahteluja ja sitten mikä tässä on kaikkein keskeisintä...meillä sekä kunnat että sairaanhoitopiiri tietää edellisen vuoden lopussa jo tarkasti että mikä kuntamaksu on eurolleen.”

SITOUTUMINEN

Seinäjäki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Sitoutumisen astetta pidettiin vaihtelevana puolin ja toisin. Sopimusohjaukseen sitoutumista pidettiin problemaattisena sen vuoksi, ettei laskutusta ollut sidottu sopimusohjaukseen vaan se muodostui läheteiden syntyminen mukaan. Sitoutumista sopimusohjaukseen ei varsinaisesti pidetty mahdollisena sopimusohjauksen nykymuodossa, mutta sairaanhoitopiiri ja kunnat katsoivat olevansa sitoutuneita vallitsevan sopimuksen peruskohtiin. Haastateltava kuvasi sopimusohjaukseen sitoutumisen kuitenkin pohjaavan kuntien sairaanhoitopiirin pakkojäsenyyteen:

” Jos se kerran maksaa niin se maksaa, minä joko sitoudun tai itken ja sitoudun, ei se siitä ole kiinni.”

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Kuntien sitoutumista sopimusohjaukseen pidettiin hyvänä, sairaanhoitopiirin vaihtelevana.

ILMAPIIRI

Seinäjäki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Ilmapiiriä pidettiin asiallisena, avoimena, keskustelevana ja suorana.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Ilmapiiriä pidettiin kohtalaisena mutta keskimääräistä parempana. Keskusteluyhteys oli säännönmukaista.

KUNNAN BUDJETOINTIKÄYTÄNTÖ

Seinäjäki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Vastapuolen sopimusohjauslaskelmiin oltiin sangen tyytyväisiä. Sairaanhoitopiirin laskelmat perustuivat historiatietoon, joten niitä pidettiin luotettavina. Sairaanhoitopiirin hinnoittelumenetelmän Drg:n ja tuotteistuksen perusteita pidettiin lähtökohdiltaan hyvinä, mutta ne eivät korvanneet vuorovaikutteisuutta luottamuksen synnyttämisessä ja ylläpidossa. Kunnan tilauksen vähennykset perusteltiin hyvin. Kuntien erikoissairaanhoidon budjetoinnissa oli kuitenkin havaittu alibudjetointia. Tähän nähtiin kaksi syytä: suurimpana syynä jatkuva erikoissairaanhoidon kustannusten

nousu, vähäisempänä syynä kuntien budjetin tasapainottaminen erikoissairaanhoidon alibudjetoimalla.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Kanta-Hämeessä oltiin tyytyväisiä kuntien ja sairaanhoitopiirin budjetointiin, koska budjetit viilattiin yhteiselle, sitovalle tasolle sopimusneuvotteluissa. Sopimusneuvottelut olivat ainoa tilaisuus vaikuttaa oman organisaation erikoissairaanhoidon budjettiin. Käytännössä kustannukset kuitenkin jatkoivat vuosittaista nousuaan. Drg-menetelmä hinnoittelun ja laskutuksen perusteena oli toimiva, mutta hyvin vaikeaselkoinen, etenkin kunnille. Haastateltava:

”...(kunnissa) kaks ihmistä ymmärtää tästä mistä puhutaan, että tämä nykyinen systeemi, tässä on tavaton tietoepätasapaino...koska se ei ole mikään simppele systeemi se Drg.”

MILLOIN JA MIKSI

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Luottamuksessa ei tapahtunut kalenterivuoden aikana merkittäviä eroja jos keskusteluyhteys vain säilyi avoimena. Sopimusohjausta ei ole sidottu hinnoitteluun. Hintojen määrittelyn yhteydessä tai budjetin ylitysraporttien saamisen yhteydessä luottamuksen taso saattaa hieman notkahtaa.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Loppuvuodesta, kun sopimuksen teko lähestyi, tunnelman koettiin kiristävän. Muuten tilanne oli normaali.

5.3.2.2. Vaikutusvalta

VAIKUTUSVALTA

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Sairaanhoitopiiri koettiin olevan vaikutusvaltaisempi sopimusneuvotteluosapuoli. Koska sopimusohjausta ei ollut sidottu laskutukseen, nähtiin että sairaanhoitopiirillä oli enemmän vaikutusvaltaa asiantuntijuuden, tietovarannon, osaamisen ja henkilöstöresurssien kautta.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Vastapuolen vaikutusmahdollisuudet nähtiin oman organisaation vaikutusmahdollisuuksia suurempina. Omiin henkilökohtaisiin vaikutusmahdollisuuksiin uskottiin jonkin verran. Sairaanhoitopiiri ja kunnat olivat yhdessä kehittäneet kehysbudjetointimallin, jossa kuntamaksut muodostuvat 2,5 edellisen vuoden keskiarvosta. Tämän yhteisesti kehitetyn mallin katsottiin tasaavan keskinäisiä vaikutusmahdollisuuksia kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä.

MISSÄ JA MILLOIN

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Oman organisaation budjettivaltaa käyttävien vaikutusvallan katsottiin säilyneen ennallaan tai lievästi parantuneen kommunikaation ja vuorovaikutuksen lisääntymisen myötä. Kuntien tiedonsaannin arveltiin lisääntyneen ja sairaanhoitopiirissä puolestaan byrokratian. Kunnilla vaikutusvaltaa uskottiin olevan yleisen tason ohjauksessa, sairaanhoitopiirillä puolestaan käytännön työssä. Eniten vaikutusvaltaa sairaanhoitopiiriin kunnilla uskottiin olevan kommunikaatiotilanteissa ja vähiten täytäntöönpanossa. Kuntiin sairaanhoitopiirillä oli eniten vaikutusvaltaa tarjouksen antamisvaiheessa ja sopimuksen täytäntöönpanossa. Vähiten vaikutusvaltaa sairaanhoitopiirillä oli vaikuttaa kuntien erikoissairaanhoidon budjetointiin.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Sopimusohjaukseen katsottiin järkeväksi keskinäistä toimintaa ja lisänneen kuntien vaikutusvaltaa. Sopimusohjausneuvotteluissa laitettiin yhteiset luvut kuntien ja sairaanhoitopiirin budjettiin mikä on osaltaan poistanut erikoissairaanhoidon budjettien alibudjetoinnin. Sairaanhoitopiirin budjettivaltaa käyttävien vaikutusvallassa ei katsottu tapahtuneen muutoksia ja samoin kuin Seinäjoella, katsottiin byrokratian hieman lisääntyneen. Toinen yhtäläisyys Seinäjokeen oli se että Hämeenlinnassa katsottiin asiantuntijavallan olevan sairaanhoitopiirissä. Vähemmän valtaa sairaanhoitopiirillä oli puolestaan vaikuttaa seuraavan vuoden kuntamaksuihin. Kuntien vallan katsottiin kasvaneen suhteessa sairaanhoitopiiriin luottamusilmapiirin syntymisen kautta, osapuolten keskinäisellä yhteisymmärryksellä ja yhteisten tavoitteiden asettamisella. Kunnilla katsottiin olevan eniten vaikutusvaltaa kuntien keskinäisten neuvottelujen päätyttyä jossa ne muodistavat yhteisen kantansa sairaanhoitopiiriin sopimusneuvotteluihin esimerkiksi hintojen nousun suhteen. Toinen tilanne, jossa kunnilla katsottiin olevan eniten

vaikutusvaltaa, oli itse sopimusneuvottelut jossa lyötiin lukkoon erikoissairaanhoidon budjetit. Sairaanhoidopiirillä oli eniten vaikutusvaltaa käytännön toteutuksessa.

KUNNAN/SAIRAANHOITOPPIIRIN TODELLISET PÄÄTTÄJÄT

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri: Keskeiset sopimusneuvottelijat olivat kolmen isoimman toiminta-alueen johtajat, terveyskeskusten johtajat sekä sairaanhoidopiirin ja kuntien hallinto- ja talousjohtoa.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri: Sairaanhoidopiirin osalta johtaja ja muuta johtoa, kuntien osalta terveyskeskusten- ja kuntien hallinto- ja talousjohto katsottiin keskeisiksi osapuoliksi sopimusohjausneuvotteluissa.

VALINNANVAPAUDEN RAJOITTEET

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri: Budjettia laadittaessa kuntien valinnanvapauden rajoittajiksi katsottiin kuntien pakkojäsenyys sairaanhoidopiireihin, vähäinen erikoissairaanhoidon asiantuntijuus ja raha. Koska sopimusohjaus ei ole sidottu laskutukseen, sen ei katsottu vaikuttavan sairaanhoidopiirin budjettiin millään tavoin.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoidopiiri: Kahden tekijän katsottiin rajoittavan valinnanvapautta: kuntien pakkojäsenyyden sairaanhoidopiireihin ja tiukan taloudellinen tilanteen eli rahan. Osittain valinnanvapautteen vaikutti myös sopimusneuvotteluissa onnistuminen tai epäonnistuminen.

VALTUUSTON TOSIASIALLINEN BUDJETTIPÄÄTÖKSENTEKO

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri: Seinäjoella katsottiin vallitsevan helpon hallintokulttuurin. Valtuusto hyväksyi kaikki sille tehdyt ehdotukset. Itse valtuuston kokouksissa ei enää kovin paljon päätöksiin voinut vaikuttaa, mutta valmisteluprosessin aikana lautakuntakäsittelyissä valtuusto pääsi käyttämään päätösvaltaansa. Päätöksenteon katsottiin kuitenkin edelleen olevan virkamiespainotteista.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Valtuusto asetti talouden reunaehdot jotka ovat pohjana virkamiesten valmistelun pohjana ja tätä kautta valtuusto käytti päätöksentekovaltaansa.

ONKO BUDJETOINTI RUTIINIA VAI TODELLISTA PÄÄTÖKSENTEKOA?

Hämeenlinnassa oli hyvin samantyyppisiä käsityksiä kuin Seinäjoellakin Kunnanvaltuuston budjettikokousta pidettiin sekä aitona päätöksentekotilaisuutena että rituaalina. Valmistelutyössä käytettiin päätöksentekovaltaa ja itse vuotuinen budjettikokous koostui rutiineista ja rituaaleista..

VAIKUTUSVALLAN KOHTEESSA ONNISTUMINEN

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Perusterveydenhuollon menot pysyivät hiukan paremmin hallinnassa kuin erikoissairaanhoidon. Haastateltava:

”No perusterveydenhuolto oli pikkaisen paremmin kuosissa. Erikoissairaanhoidon on aina semmoinen...kun sen kustannusrakenteiden ennakointi ei tahdo onnistua...”

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menoja ylitettiin jonkin verran, mutta kohtuuden rajoissa vielä pysyttiin.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon menojen ennakoinnissa onnistuttiin kohtuullisen hyvin. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei tässä suhteessa ollut eroja, koska ne sovittiin saman prosessin kautta.

VAIKUTUSVALTA NEUVOTTELUISSA

Yleisesti ottaen haastateltavat uskoivat saavansa ja olivat saaneet omia ehdotuksiaan läpi sopimusneuvotteluissa.

5.3.2.3. Alibudjetointi

ALIBUDJETOINTI

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Kahta mieltä oltiin siitä, esiintyykö alibudjetointiä vai ei. Toisaalta katsottiin että alibudjetointiä saattoi esiintyä tahattomasti seurauksena epäonnistuneesta kustannuskehityksen ennustamisesta. Toisaalta taas todettiin, että alibudjetointiä oli esiintynyt aina, ja se oli edelleen yleinen tapa tasapainottaa budjettia.

Mahdolliseen alibudjetointiin nähtiin suurimpana syynä jatkuva erikoissairaanhoidon kustannusten nousu, vähäisempänä syynä kuntien budjetin tasapainottaminen erikoissairaanhoidon alibudjetoimalla. Sopimusohjauksen ei nähty vaikuttavan alibudjetoinnin esiintymiseen millään tavoin, lähtökohtaisesti sen vuoksi, että sopimusohjausta ei ollut sidottu laskutukseen.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Hämeessä ei enää esiintynyt alibudjetointiä. Ennen sopimusohjaukseen siirtymistä n.2000-luvun alkuvuosina alibudjetointiä myönnettiin jonkin verran olleen. Selitykseksi alibudjetoinnin poistumiseen tarjottiin kahta syytä: avoimemman ja vuorovaikutteisemmän kommunikaatioyhteyden syntymistä sairaanhoitopiirin ja kuntien välille sekä yhdessä sairaanhoitopiirin ja kuntien kanssa kehitettyä kehysbudjetointimallia.

LUOTTAMUS JA ALIBUDJETOINTI

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Alibudjetointi nakersi sairaanhoitopiirin ja kuntien keskinäisiä luottamussuhteita. Haastateltava:

” Sillä lailla että kyseenalaistaa että miksi ylittyy, miksi aina tätä samaa”

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Alibudjetoinnin poistuminen oli lisännyt kuntien ja sairaanhoitopiirin välistä luottamusta Haastateltava:

”...me emme enää tee alibudjetointia, koska me lähdemme siitä, että silloin kun me saamme sen keskustelun siihen että päästään niin sanotusta sopimuksesta yhteisymmärrykseen. Me lähdemme siitä, että kaupungilla ja erikoissairaanhoidolla on yhteiset budjetit ja samat luvut.”

VAIKUTUSVALTA JA ALIBUDJETOINTI

Seinäjäki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Alibudjetoinnin havaitseminen aikaansai tilanteen uudelleen arviointia, tilanteen kehityksen seuraamista ja mahdollista kritiikin antamista.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Ennen, kun luvut hyväksyttiin lähtökohtaisesti erilaisiksi, alibudjetointi aiheutti kritiikkiä ja tilanteen kehityksen jatkuvaa seuraamista. Nykyään luvut ovat pitäneet kohtuullisen hyvin.

5.3.3. Vertailua Hyvösen ja Järvisen artikkeliin

Vertailtaessa Hyvösen ja Järvisen haastattelutuloksia Pirkanmaalta omiin haastattelutuloksiini Etelä-Pohjanmaalta ja Kanta-Hämeestä, voidaan kerätyn haastattelumateriaalin perusteella havaita joitain yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Hyvösen ja Järvisen eivät kuitenkaan tee varsinaista vertailua ennen ja jälkeen sopimusohjaukseen siirtymisen johon tässä tutkimuksessa osaltaan pyritään. Pirkanmaalla tarkoitan Hyvösen ja Järvisen tekemiä haastatteluja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja kunnissa. Puhuttaessa puolestaan Kanta-Hämeestä ja Etelä-Pohjanmaasta viittaa haastatteluihini case- kaupungeissa ja -sairaanhoitopiireissä.

Hyvösen ja Järvisen (2006, 19–45) mukaan kuntien talouden suunnittelun pohjana oli vanhan kunnallisen kirjanpitokäytännön varovaisen taloussuunnittelun ohjeistus niin meno kuin tulopuolella, jonka ansiosta kunnat alibudjetoivat tulonsakin varovaisuuden periaatteen mukaan. Kun tulot oli arvioitu alhaisiksi, niin piti menetellä myös menopuolella nollapohjabudjetin aikaansaamiseksi. Kuntien kirjanpitoon ja sopimusohjaussopimukseen laitettiin tämän seurauksena eri summat. Kunnissa alibudjetointia perusteltiin sillä, että alaspäin vääristynyt budjetti oli helpompi saavuttaa. Budjettia ei kunnissa lähtökohtaisesti

tehty tarpeen vaan annetun rahamäärän mukaan. Kunnissa oli käytössä yhteinen budjetti erikoissairaanhoidolle ja perusterveydenhuollolle, joka antoi mahdollisuuden keplotteluun näiden kahden erän välillä. Näin kuntien oli mahdollista panostaa omaan terveyskeskukseensa eikä niiden tarvinnut irtisanoa omaa väkeä. Budjetoinnista oli kehittynyt vuosittainen rituaali ja tiedettiin jo sitä laadittaessa että se tulisi loppuvuodesta ylittymään.

Budjettiylitykset tulivat silti ikävinä yllätyksinä, vaikkakin budjettien tiedettiin sisältävän ilmaa. Kunnat olivat kuitenkin aina maksaneet ylitykset. Totuttuun tapaan kuntien terveyskeskukset saivat suhteessa tarpeeseensa varoja erikoissairaanhoidon enemmän. Tämä tasapaino ei ollut muuttunut sopimusohjauksen myötä toivotulla tavalla, vaan kunnissa oli edelleen käytössä vanhat budjetointirituaalit. Kunnan budjetti jouduttiin korjaamaan sopimusohjaussopimuksen tasalle viimeistään lisälaskun tullen syksyllä. (Hyvönen ja Järvinen, 2006, 12–13, 17–18.)

Tätä Hyvösen ja Järvisen havaintoa tukee erään haastateltavani kommentti:

”...ainoastaan niissä tapauksissa se näkyy että nämä ostopalvelut määrärahoista jotka läpilaskutetaan meillä, jos me niitä tietoisesti alibudjetoidaan niin silloinhan me tiedetään jo etukäteen et niitä toteutuu enemmän ja se me siirretään suoraan kunnalle se virhe, mutta sen osuus yksittäisessä kunnassa on kuitenkin suhteellisen pieni osuus, et välttämättä kunnat ei sitä huomaa, me se tiedetään tietyissä osin, me ei tiedetä välttämättä mille kunnalle se menee”

Hyvösen ja Järvisen artikkelista ilmeni, että koska kunnat alibudjetoivat oli sairaanhoitopiirinkin alibudjetoitava. Koska Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ei haluttu erottaa väkeä, alibudjetoitiin toissijaisia kustannuksia. Joillain osastoilla joilla oli vaarana budjetin ylitys ja irtisanomiset tai jopa osaston sulkeminen, budjettiin vääristettiin toissijaisia kuluja. Sairaanhoitopiirissä ei kiinnitetty liiemmin huomiota budjettiylityksiin, koska arvioitiin sen olevan jo valmiiksi alimitoitettu ja että lisätilaus tulisi suurella todennäköisyydellä loppuvuodesta. Lisätilauksen saanti olikin vakiintunut käsitys sairaanhoitopiirissä ja sen mukaan toimitettiin. (Hyvönen ja Järvinen, 2006, 19–45)

Tätä puolestaan tukee erään toisen haastateltavani kommentti “Ei, mehän pyritään rakentamaan budjetti siis niin että se on plus miinus nolla...tulopuoltahan ei tietoisesti alibudjetoida, sehän on yleinen käytäntö että tulopuoli varovaisesti budjetoidaan ja taas kulupuoli laitetaan yläkanttiin, mutta kyllä me sitten tasapainotetaan se budjetti.

...Tulopuolella on kuitenkin tuotannon määrä kasvanut mikä on lisännyt tuloja, silloinhan se näyttää että se ylittää...”

Jotkut haastateltavistani kertoivat, että alibudjetointia oli esiintynyt ja esiintyi edelleen, koska sen katsottiin olevan kätevä tapa tasapainottaa budjetti. Tässä suhteessa havaintoni täsmäävät Hyvösen ja Järvisen havaintoihin. Ostopalvelut nimettiin yleisimmäksi alibudjetoiduksi eräksi, koska silloin se ei vaikuttanut omaa toimintaa supistavasti.

Kanta-Hämeessä oli haastattelujen perusteella päästy alibudjetoinnista eroon kehittämällä kehysbudjetointimalli, jossa summat sovittiin sitoviksi. Näin sekä kunnat että sairaanhoitopiiri tiesivät tarkkaan seuraavan vuoden laskutuksen. Saman prosessin kautta budjetoitiin myös perusterveydenhuolto. Kunnat kävivät keskinäiset neuvottelut aina ennen ryhtymistä neuvotteluun sairaanhoitopiirin kanssa. Kun ne pääsivät konsensukseen niillä katsottiin olevan vahvat vaikutusmahdollisuudet käydessään sopimusneuvotteluja sairaanhoitopiirin kanssa. Kunnissa oli ennen saattanut olla alibudjetointia, mutta se oli poistunut kehysbudjetointiin siirtymisen myötä. Kehysbudjetointi oli parantanut erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoitavuutta paremmin kuin mitä Hyvösen ja Järvisen havainnot Pirkanmaalta antavat ymmärtää.

Kuosmanen ym. (2004, 62) havaitsivat myös sopimusohjauksen lisäävän kuntien edellytyksiä hallita ja ennakoida erikoissairaanhoidon kustannuksiaan.

Seinäjoella sopimusohjaus ei haastattelujen perusteella vaikuttanut kuntien tai sairaanhoitopiirin budjetointiin, koska sopimusohjusta ei ollut sidottu laskutukseen. Se oli vain tapa käydä kuntien kanssa vuosittaiset neuvottelut palveluiden hinnoista sekä tiedottaa kunnille vuoden edetessä kertyneestä laskutuksesta. Tällä tavalla saatiin läpinäkyvyyttä sairaanhoitopiirin laskutukseen. Sopimusohjaus ei ollut parantanut erikoissairaanhoidon kustannusten ennakoitavuutta.

Hyvösen ja Järvisen (2006, 20–41) haastattelujen perusteella Pirkanmaan luottamusmiesten mielestä sairaanhoitopiiri yritti tehdä liian suuria budjetteja. Toisaalta puolestaan myönnettiin kuntien olevan haluttomia myöntämään erikoissairaanhoidon kustannuskehitys ja palvelun tarve.

Hyvösen ja Järvinen (2006, 13–16, 20–21, 23) toteavat sopimusohjauksen käyttöönoton epäonnistuneen muuttua kuntien budjetointikäytäntöjä. Sopimusohjauksella ei ollut saavutettu toivottua kulujen ennakoitavuutta. Hyvösen ja Järvinen käsittelevät kuntien budjetointia rituaalina, jossa määrärahoja ei anneta tarve- vaan tavoitepohjaisesti. Hyvösen ja Järvisen mukaan, Burnsiin ja Scapensiin (2000) sekä Toolsiin (1993) nojaten, sopimusohjaus ei ollut vienyt kuntien ja sairaanhoitopiirin välistä kehitystä eteenpäin, vaan pikemminkin taaksepäin. Sopimusohjaus oli syventänyt sairaanhoitopiirien ja kuntien kahtiajakoa ja epäluottamusta entisestään. Hyvösen ja Järvisen artikkeli antaa alibudjetoinita korostavan vaikutelman.

Oman tutkimukseni haastattelutulokset osoittavat sopimusohjauksen jopa hieman parantaneen sairaanhoitopiirin ja kuntien välistä suhdetta ja vähentäneen keskinäistä epäluottamusta. Kanta-Hämeessä budjetointirituaalit olivat olennaisesti muuttuneet kehysbudjetoinnin myötä, kun sairaanhoitopiiri ja kunnat sopivat budjetit yhteiselle kiinteälle tasolle vuosittain. Seinäjoella budjetointi tapahtui samalla tavalla kuin ennen sopimusohjaukseen siirtymistä, koska sopimusohjaus ei ollut sidottu laskutukseen.

Myös Kuosmanen ym. (2004, 62) päätyivät samantapaisiin tuloksiin. Heidän tutkimuksensa mukaan sopimusohjauksella luotu neuvottelumekanismi lisäsi Pirkanmaalla luottamusta kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä. Kuosmanen ym. sekä tämän tutkimuksen tulokset antavat hyvin erilaisia käsityksiä sopimusohjauksen vaikutuksista kuin Hyvösen ja Järvisen artikkeli.

6. PÄÄTELMÄT JA POHDINTAA

6.1. Kunnat vs. sairaanhoitopiirit

LUOTTAMUS

Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston perusteella niin kunnissa kuin sairaanhoitopiireissäkin sairaanhoitopiirin sitoutumista sopimusohjaukseen pidettiin vaihtelevana. Luottamus suhteessa sairaanhoitopiiriin koettiin olevan pienimmillään suoritteiden hintojen määrittelyn yhteydessä ja odotettujen kustannusten ylittyessä. Luottamussuhteen sairaanhoitopiiriin koettiin kiristyvän kun sopimusohjaussopimuksen euromääriä aletaan lyömään lukkoon. Yleisesti ottaen sairaanhoitopiirin tekemiin tarjouslaskelmiin luotettiin. Kuntien luottamusta lujittavaksi havaittiin se seikka, että sopimusten pohjalla oli edellisten vuosien jo toteutuneet suoritemäärät. Osapuolten keskinäinen ilmapiiri koettiin hyväksi tai kohtalaista paremmaksi.

VAIKUTUSVALTA

Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä kunnissa ja sairaanhoitopiireissä sopimusneuvotteluissa vaikutusvaltaa katsottiin olevan sairaanhoitopiirin johtajalla, erikoisalojen vastuulääkäreillä, perusterveydenhuollon kuntayhtymän johtajalla ja terveyskeskuksen johtavalla ylilääkärillä. Vaikutusvaltaa sopimusneuvotteluissa katsottiin olevan sairaanhoitopiirin johtajalla, erikoisalojen vastuulääkäreillä, perusterveydenhuollon kuntayhtymän johtajalla, terveyskeskuksen johtavalla ylilääkärillä. Asiantuntijavalta myönnettiin keskeiseksi sairaanhoitopiirien vaikutusvallan lähteeksi suhteessa kuntiin. Kiistatilanteissa sairaanhoitopiirin uskottiin vetävän pidemmän korren. Sekä sairaanhoitopiirien että kuntien edustajat pitivät mahdollisuutta omien ehdotusten läpisaamiseen sopimusneuvotteluissa hyvinä.

Eroavaisuutena sairaanhoitopiirien ja kuntien näkemysten välillä oli se, että sairaanhoitopiireissä kuntien päätöksenteko nähtiin virkamiesvetoiseksi kun taas kunnissa uskottiin valtuustollakin olevan tosiasiallinen mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon.

Kunnat näkivät sopimusohjaussopimuksen tekemisessä valinnanvapauttaan rajoittaviksi tekijöiksi talouden yleiset realiteetit sekä kuntien pakkojäsenyyden sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiireissä rajoittavina tekijöinä nähtiin edellisvuoden toteutuneet suoritelaskutukset jotka olivat seuraavan vuoden sopimusohjausneuvottelujen pohjalla sekä kuntien vastaukset ehdotettuihin tarjoussummiin. Sairaanhoitopiirien suurimmat ongelmakohdat kustannusten ennakkoinnissa olivat ostot ulkopuolisilta sairaaloilta sekä aineissa, tarvikkeissa ja tavaroissa olevat lääkkeet ja hoitotarvikkeet. Kunnissa erikoissairaanhoidon kustannusten ennakkointi myönnettiin hieman hankalammaksi kuin perusterveydenhuollon.

ALIBUDJETOINTI

Kunnissa ja sairaanhoitopiireissä, kummissakin Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä, ostopalvelut nähtiin erityisenä ongelma-kohtana. Kyseinen erä katsottiin helpoimmaksi suureksi yksittäiseksi summaksi lähteä karsimaan. Yksi näkemys oli, että alibudjetointi oli edelleen aktiivisesti käytössä oleva budjetin tasapainottamisen väline.

6.2. Ennen ja jälkeen sopimusohjauksen

Kunnat vs. sairaanhoitopiirit

LUOTTAMUS

Kunnat: Sopimusohjauksen uskottiin lievästi parantaneen keskinäistä luottamusta tai pitäneen sen ennallaan.

Sairaanhoitopiirit: Sopimusohjauksen katsottiin lisänneen kustannustietoisuutta ja sitä kautta luottamusta jonkin verran, mutta aikaansaaneen myös jonkin verran turhaa byrokratiaa.

VAIKUTUSVALTA

Kunnat: Budjettiin vaikuttavien vallan katsottiin pysyneen ennallaan tai lievästi parantuneen sitten sopimusohjaukseen siirtymisen.

Sairaanhoitopiirit: Sairaanhoitopiirien edustajien mielestä sopimusohjaus ei ollut vaikuttanut oman organisaation budjettivaltaa käyttävien henkilöiden vaikutusvaltaan.

ALIBUDJETOINTI

Kunnat: Alibudjetoinnin ja sopimusohjauksen välillä ei nähty yhteyttä. Yhden näkemyksen mukaan alibudjetointia tahallisenä toimintana ei esiintynyt laisinkaan. Toisen näkemyksen mukaan alibudjetointia oli ennen käytetty yleisestikin budjetin tasapainottamiseen mutta ei enää ja kolmas näkemys oli, että alibudjetointi oli edelleen aktiivisesti käytössä oleva budjetin tasapainottamisen väline.

Sairaanhoitopiirit: Alibudjetointia uskottiin esiintyneen ennen mutta esiintyvän myös edelleen. Syiksi alibudjetointiin nähtiin liian jäykkä budjetointimekanismi. Sopimusohjauksen ja alibudjetoinnin välillä ei nähty suoranaista yhteyttä.

Haastattelutuloksista voidaan koota, että sekä sairaanhoitopiirien että kuntien mielestä keskinäinen luottamus on parantunut jonkin verran sitten sopimusohjaukseen siirtymisen. Kunnat uskoivat vaikutusvaltansa hieman lisääntyneen, sairaanhoitopiirien mielestä mitään muutosta ei ollut havaittavissa. Sekä kuntien että sairaanhoitopiirin edustajien mielestä alibudjetointia oli ennen esiintynyt ja esiintyi edelleen. Alibudjetoinnin ja sopimusohjauksen välillä ei nähty yhteyttä.

6.3. Seinäjoki vs. Hämeenlinna

LUOTTAMUS

Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä sitoutumisen astetta pidettiin vaihtelevana: kuntien sitoutumista sopimusohjaukseen pidettiin hyvänä, sairaanhoitopiirin vaihtelevana. Sairaanhoitopiirin hinnoittelumenetelmän Drg:n ja tuotteistuksen perusteita pidettiin lähtökohdiltaan hyvinä ja toimivia. Ilmapiiri kuvailtiin suhteellisen avoimeksi ja keskustelevaksi, luottamuksessa ei tapahtunut merkittäviä eroja jos keskusteluyhteys vain säilyi avoimena. Keskinäinen ilmapiiri kuvattiin hieman jännitteiseksi, mutta kuitenkin kohtalaista parempana. Hintojen määrittelyn yhteydessä tai budjetin ylitysraporttien saamisen

yhteydessä luottamuksen taso saattoi hieman notkahtaa. Kun sopimuksen teko lähestyi, tunnelman koettiin kiristyvän.

Hämeenlinnassa ilmapiiri kuvailtiin hieman jännitteiseksi mutta silti kohtalaista paremmaksi. Seinäjoella ilmapiiri koettiin suhteellisen avoimeksi. Kanta-Hämeessä oltiin tyytyväisiä kuntien ja sairaanhoitopiirien budjetointiin, koska budjetit viilattiin yhteiselle ja sitovalle tasolle sopimusneuvotteluissa. Seinäjoella laskutusta ei ollut sidottu sopimusohjaukseen, vaan laskutus muodostui läheteiden syntyminen mukaan.

VAIKUTUSVALTA

Kummassakin Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä myönnettiin, että budjetoinnissa kuntia sitoi esimerkiksi sairaanhoitopiirin pakkojäsenyys. Päätöksentekoa pidettiin virkamiespainotteisena. Yleisesti ottaen haastateltavat uskoivat saavansa ja olivat saaneet omia ehdotuksiaan läpi sopimusneuvotteluissa. Keskeisimmiksi sopimusneuvottelijoiksi nimettiin kolmen isoimman toiminta-alueen johtajat, terveyskeskusten johtajat sekä sairaanhoitopiirin ja kuntien hallinto- ja talousjohtoa. Sairaanhoitopiirin osalta johtaja ja muuta johtoa, kuntien osalta terveyskeskusten- ja kuntien hallinto- ja talousjohto katsottiin keskeisiksi osapuoliksi sopimusohjausneuvotteluissa. Kummassakin Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä kunnanvaltuuston budjettikokousta pidettiin sekä aitona päätöksentekotilaisuutena että rituaalina.

Seinäjoella sairaanhoitopiirin uskottiin olevan vaikutusvaltaisempi osapuoli sopimusneuvotteluissa. Budjetointiin ei sopimusohjauksella katsottu olevan vaikutusta koska laskutus ei ollut sidottu sopimukseen vaan syntyvien läheteiden määrään. Hämeenlinnassa vastapuoli nähtiin vaikutusvaltaisempana sopijapuolena. Siellä sopimusohjauksen katsottiin lisänneen kuntien vaikutusvaltaa. Hämeenlinnassa ei myöskään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon kustannusten ennakkoinnissa ollut eroa, koska ne sovittiin saman prosessin kautta. Seinäjoella onnistuttiin hieman paremmin perusterveydenhoidon kustannusten ennakkoinnissa kuin erikoissairaanhoidon.

ALIBUDJETOINTI

Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä sopimusohjauksen ja alibudjetoinnin välillä ei nähty yhteyttä. Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen välillä löytyi joitain eroja siinä, miten alibudjetoinnin esiintyminen nykyään nähdään. Seinäjoella ei ollut yhtenäistä näkemystä siitä, oliko alibudjetointi tahallista vai tahatonta. Sopimusohjauksen ei nähty vaikuttavan alibudjetoinnin esiintymiseen millään tavoin sen vuoksi että sopimusohjaus ei ollut sidottu laskutukseen. Mahdolliseen alibudjetointiin nähtiin suurimpana syynä jatkuva erikoissairaanhoidon kustannusten nousu, toisena mutta vähäisempänä syynä oli kuntien budjetin tasapainottaminen erikoissairaanhoidon alibudjetoinnilla. Kanta-Hämeessä myönnettiin alibudjetointia jonkin verran esiintyneen 2000-luvun alkuaikoina ennen sopimusohjaukseen siirtymistä. Nykyään alibudjetoinnin ongelman nähtiin kokonaan poistuneen kahdesta syystä: avoimemman ja vuorovaikutteisemmän kommunikaatioyhteyden luomisen kuntien ja sairaanhoitopiirin välille ja kuntien kanssa yhteistyössä kehitettyä kehysbudjetointimallia jossa luvut asetettiin samalle kiinteälle tasolla vuosittain niin kuntien kuin sairaanhoitopiirinkin budjetissa. Alibudjetoinnin poistumisen havaittiin lisänneen kuntien ja sairaanhoitopiirin välistä luottamusta.

Etelä-Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä kunnissa ja sairaanhoitopiireissä erikoissairaanhoidon budjetointi toimi erilaisten prosessien kautta. Etelä-Pohjanmaalla laskutus ei ole sidottu sopimusohjaukseen, joten se ei siten muuttanut sairaanhoitopiirin ja kuntien budjetointiprosessia. Kanta-Hämeessä sen sijaan oli yhdessä kuntien ja sairaanhoitopiirin kanssa kehitetty kehysbudjetointimalli, jossa asetettiin sekä perusterveydenhoidon että erikoissairaanhoidon budjetit yhteiselle sitovalle tasolle. Erikoissairaanhoidon kehys luotiin laskemalla 2,5 edellisen vuoden keskiarvo ja asettamalla tämä summa kiinteäksi. Tällä tavalla sekä kunnat että sairaanhoitopiiri tiesivät seuraavan vuoden laskutuksen. Kehysbudjetointi myös näyttäisi vaikuttaneen vallan tasapainoon kuntien vaikutusvaltaa lisäämällä. Etelä-Pohjanmaalla kummatkin sekä kuntien että sairaanhoitopiirin edustajat nimesivät vaikutusvaltaisemmaksi neuvotteluosapuoleksi sairaanhoitopiirin, sitä vastoin Kanta-Hämeessä nähtiin vastapuoli vaikutusvaltaisempaan. Ilmapiiiri koettiin Etelä-Pohjanmaalla hieman avoimeksi ja keskustelevaksi, kun taas Kanta-Hämeessä hieman jännitteiseksi mutta keskivertoa paremmaksi. Tässä kohtaa on otettava huomioon, että käsite ilmapiiiri on hyvin subjektiivisesti käsitettävissä ja perustuu tutkimuksessani ainoastaan haastateltavien omakohtaisiin kokemuksiin ja näkemyksiin. Kaikki haastateltavani eivät toimineet

samanlaisissa tehtävissä joka on osaltaan saattanut vaikuttaa näkemysten muotoutumiseen. Haastattelujen perusteella keskinäisen ilmapiirin voisi päätellä olevan hieman parempi Etelä-Pohjanmaalla kuin Kanta-Hämeessä mutta toisaalta tämä voi heijastaa vallan tasapainon muuttuneen Kanta-Hämeessä kuntien eduksi. Niillä on nykyisen sopimusohjauk käytännön mallissa enemmän vaikutusvaltaa jolloin neuvottelutilanteet voivat olla jännitteisempiä. Etelä-Pohjanmaalla kunnilla ei ole tällaista neuvotteluasemaa. Myös alibudjetoinnin poistumisen ja avoimen kommunikaatioyhteyden muodostumisen kerrotaan lisänneen keskinäistä luottamusta Kanta-Hämeessä.

Tämän tutkimuksen haastattelujen perusteella voidaan päätellä, että kehysbudjetoimintamalli on lisännyt kuntien vaikutusvaltaa suhteessa sairaanhoitopiiriin sekä vähentämällä alibudjetoimintia sekä lisäämällä keskinäistä kommunikointia lisännyt sairaanhoitopiiriin ja kuntien välistä luottamusta. Tämän osoittaa se, että Kanta-Hämeessä neuvottelujen vastakkainen osapuoli nähtiin vaikutusvaltaisempana neuvotteluosapuolena, kun taas Etelä-Pohjanmaalla sairaanhoitopiiri nähtiin vaikutusvaltaisempana neuvotteluosapuolena. Haastateltavien vastauksien perusteella kehysbudjetoinnin mallilla on ollut selvempiä keskinäistä luottamusta parantavia vaikutuksia kuin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.

6.4. Ennen ja jälkeen sopimusohjauksen

Etelä-Pohjanmaa vs. Kanta-Häme

LUOTTAMUS

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Sopimusohjauksen ei varsinaisesti katsottu lisänneen luottamusta sopijaosapuolien kesken, mutta kuntien tietoisuus sairaanhoitopiiriin hinnoittelun perusteista katsottiin lisääntyneen ja tätä kautta laskutuslisäykset ymmärrettiin paremmin.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Sopimusohjauksen katsottiin lisänneen luottamusta, koska kustannusten ennustettavuus parani huomattavasti.

VAIKUTUSVALTA

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Budjetointiin ei sopimusohjauksella katsottu olevan vaikutusta koska laskutus ei ollut sidottu sopimukseen vaan syntyvien läheteiden määrään.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Yhteisesti kehitetyn kehysbudjetointimallin katsottiin tasaavan keskinäisiä vaikutusmahdollisuuksia kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä. Sopimusohjaukseen katsottiin jätnevöittäneen keskinäistä toimintaa ja lisänneen kuntien vaikutusvaltaa. Sairaanhoitopiirin budjettivaltaa käyttävien vaikutusvallassa ei katsottu tapahtuneen muutoksia. Oman organisaation budjettivaltaa käyttävien vallan katsottiin sopimusohjauksen myötä säilyneen ennallaan tai lievästi parantuneen.

ALIBUDJETOINTI

Seinäjoki ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Sopimusohjauksen ei nähty vaikuttavan alibudjetoinnin esiintymiseen millään tavoin sen vuoksi että sopimusohjaus ei ollut sidottu laskutukseen. Alibudjetointia uskottiin vielä esiintyvän. Taloustaulukoiden mukaan alibudjetointi oli poistunut sopimusohjauskokeilun käyttöönottovuonna.

Hämeenlinna ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Ennen sopimusohjaukseen siirtymistä n.2000-luvun alkuvuosina alibudjetointia myönnettiin jonkin verran olleen. Selitykseksi alibudjetoinnin poistumiseen tarjottiin kahta syytä: avoimemman ja vuorovaikutteisemmän kommunikaatioyhteyden implementointia tai kuntien kanssa yhdessä kehitettyä kehysbudjetointimallia. Alibudjetointia ei uskottu enää esiintyvän. Taloustaulukoiden mukaan alibudjetointi oli poistunut sopimusohjauskokeilun käyttöönottovuonna.

Haastateltavien vastauksien perusteella Kanta-Hämeessä kehysbudjetoinnin mallilla on ollut selvempiä keskinäistä luottamusta parantavia vaikutuksia kuin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Kanta-Hämeessä sopimusohjauksen katsottiin lisänneen luottamusta. Etelä-Pohjanmaalla sopimusohjauksen ei varsinaisesti katsottu lisänneen keskinäistä luottamusta. Etelä-Pohjanmaalla sopimusohjaus ei myöskään tuntunut vaikuttaneen keskinäisiin valtasuhteisiin, kun taas Kanta-Hämeessä kehysbudjetointimallin kerrottiin tuoneen kunnille lisää vaikutusvaltaa. Tosin tämä saattaa olla myös tulosta kuntien yhteisestä

käytännöstä sopia yhteinen kanta ennen sopimusneuvotteluihin ryhtymistä sairaanhoitopiiriin kanssa. Tällä tavalla meneteltynä kunnilla oli joukkovoimaa suhteessa sairaanhoitopiiriin. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä erikoissairaanhoidon seuraavan vuoden kustannukset voidaan ennustaa koska summa asetetaan vuosittain kiinteäksi. Tämä on poistanut alibudjetoinnin Kanta-Hämeestä. Etelä-Pohjanmaalla alibudjetoinnin ja sopimusohjauksen välillä ei nähty minkäänlaista yhteyttä. Toisaalta ilmapiiri Kanta-Hämeessä tuntuisi olevan hiukan jännitteisempi kuin Etelä-Pohjanmaalla, mutta tämä on subjektiivisiin arvioihin perustuva käsitys.

Kun katsotaan erikoissairaanhoidon talousarvio- ja tilinpäätöslukuja, voidaan havaita, että Seinäjoen kaupungin talousarvio- ja tilinpäätöslukujen väliset erot pienenevät selvästi sopimusohjaukokeilun jälkeen. Tämä osoittaa, että sopimusohjauksella on siellä onnistuttu saavuttamaan erikoissairaanhoidon kustannusten parempi ennustettavuus, vaikka sairaanhoitopiirin laskutus ei olisikaan sidottu sopimusohjaukseen. Samoin Kanta-Hämeessä talousarvio- ja tilinpäätöslukujen erot pienenevät myös selvästi sopimusohjaukokeilun jälkeen.

Verrattaessa Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin käyriä myyntitulojen ja toimintamenojen osalta sopimusohjauksen käyttöönottoajankohtana voidaan Kanta-Hämeen osalta havaita selvä notkahdus niin meno kuin tulopuolella. Kanta-Hämeessä kehysbudjetointikäytännön kautta luvut on sovittu 2,5 edellisen vuoden keskiarvon tasolle. Koska erikoissairaanhoidon kustannukset ovat jatkuvasti nouseva kuluerä, historiatietojen perusteella budjetoiminen voi oletettavasti aiheuttaa ohimenevää toiminnan supistumista.

Tarkastellaan luottamuksen, vaikutusvallan ja alibudjetoinnin suhdetta ennen ja jälkeen sopimusohjaukseen. Ensiksi käsittelen luottamuksen ja alibudjetoinnin korrelaatiota. Seinäjoella ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä luottamuksen ja alibudjetoinnin uskottiin pysyneen ennallaan. Samaan aikaan talousarvio- ja tilinpäätöslukujen mukaan alibudjetointi oli poistunut. Hämeenlinnassa ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä alibudjetoinnin koettiin poistuneen ja luottamuksen selvästi lisääntyneen. Talousarvio- ja tilinpäätösluvut osoittavat, että alibudjetointi oli siellä poistunut. Luottamuksella ja alibudjetoinnilla ei näin tuntuisi olevan korrelaatiota. Vaikutusvallan ja luottamuksen välillä sen sijaan tuntui olevan korrelaatiota. Seinäjoella ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ei luottamuksen koettu lisääntyneen sopimusohjauksen myötä samalla kun enemmän vaikutusvaltaa uskottiin olevan

edelleen sairaanhoitopiirillä. Hämeenlinnassa ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä kunnilla uskottiin olevan yhtäläiset vaikutusmahdollisuudet sairaanhoitopiiriin nähden ja siellä myös luottamuksen koettiin parantuneen sopimusohjauksen myötä. Ilmonen ym. (2000, 27) ” Kun siis eritellään luottamussuhteita paikallisessa sopimisessa, on muistettava, ettei empiirisessä analyysissä ole lupa unohtaa osapuolten eriarvoisuutta ja on siis tutkittava myös osapuolten itsenäisyyttä ja tasavertaisuutta toistensa suhteen yhtenä luottamussuhteen edellytyksenä. Vain tasavertaiset voivat aidosti luottaa toisiinsa.”

Tästä voidaan päätellä, että luottamuksella ja vaikutusvallalla tuntuisi olevan keskinäistä korrelaatiota sopimusohjauksessa. Alibudjetointia ei taas suoranaisesti voi näihin ulottuvuuksiin yhdistää, vaan se on selvemmin linkitettävissä budjetointimekanismiin. Sopimusohjaus oli kummassakin case-sairaanhoitopiirissä poistanut alibudjetoinnin. Kehysbudjetoinnin sairaanhoitopiirissä se oli lisäksi parantanut keskinäistä luottamusta ja tasapainottanut voimasuhteita. Juoksevan laskutuksen sairaanhoitopiirissä luottamus ja keskinäiset voimasuhteet eivät taas olleet muuttuneet, koska sopimusohjaus ei ollut sidottu laskutukseen eikä näin ollen budjetointiinkaan. Toisaalta tämän ”työkalun” olemassaolo keskinäisen kommunikoinnin foorumina oli ilmeisesti parantanut informaation kulkua siinä määrin, että sillä oli tarpeeksi suuri vaikutus poistaa alibudjetointi. Tämä osoittaa sen, että sopimusohjaus oli onnistunut luomaan uusia parempia budjetointimekanismeja erikoissairaanhoidon kustannusten ennustamiselle.

Tutkimukseni heikkouksia on se, että aikajänteeni on suhteellisen lyhyt. Sopimusohjaus ei ole vielä ollut tutkimissani kaupungeissa ja sairaanhoitopiireissä käytössä kovinkaan kauaa. Niinpä sopimusohjauksen vaikutukset keskinäisiin suhteisiin sekä talouteen ovat vielä suhteellisen tuoreita ja kenties muuttuvat vielä. Lisäksi haastateltavien joukkoni on suhteellisen pieni johtuen rajallisista taloudellisista resursseistani. En käyttänyt haastatteluissani saturaatiomenetelmää, eli jatkanut haastatteluja niin kauan kunnes kukaan ei enää olisi nimennyt ketään uutta haastateltavaa. Tein päätökseni haastateltavistani ennekuin täsmälleen tiesin heidän kokemuksensa tai tietonsa määrää. Jos tätä tutkimusta jatkettaisiin, tulisi luultavasti ensimmäisenä kiinnittää huomio yllämainittujen seikkojen korjaamiseen.

Tapio Mäkelä (1994, 9) kuvaa julkisen budjetoinnin ongelmaa osuvasti: ”Koko julkisen hallinnon taloudellinen perusongelma kaikilla toiminnan tasoilla on budjetin tasapainottaminen tavalla, jossa poliittisen päätöksentekotason päämäärät, yksikkötason

kehittämistarpeet ja operationaalisen toiminnan ylläpidosta aiheutuvat kustannukset ovat tasapainossa.” Näin monen intressin yhteensovittaminen on usein hyvin haastavaa, ellei lopulta mahdotonta.

LÄHTEET

Brommels, M., Virtanen, M. ja Liukko, M. (1998). Laadusta laskuun ja takaisin laatuun? Teoksessa: Nenonen, M. (1998). DRG (Diagnosis Related Groups) Suomalaisessa terveydenhuollossa. Helsinki:Stakes. Tilastoraportti 1.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. (2006). Nettisivut. Viitattu 24.4.2006. http://www.epshp.fi/yl_info/index.html.

Hallipelto, A., Helin, H, Oulasvirta ja Ruuska, P. (1992). Kunnallistalouden perusteet. Helsinki: VAPK-kustannus.

Harisalo, H, ja Miettinen, E. (1997). Trust capital. The third force of Entrepreneurship. Tampereen yliopisto.

Hellsten, T. Hämeenlinnan kaupunginjohtaja. Haastattelu. (2006).

Hirsjärvi, S. ja Hurme, H. (2000). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Holma, T. (1998). Tuotteistus tutuksi. Idea ja työvälineet. Esimerkkinä kuntoutuspalvelut perusterveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Honkola, A. Seinäjoen kaupungin rahoitusjohtaja. Haastattelu. (2006).

Hyvönen, T. & Järvinen, J. (2006). Contract-Based Budgeting in Health Care: A Study of the Institutional Process of Accounting Change. *European accounting Review*. Vol. 15, No. 0-34. UK.

Hämeenlinnan kaupunki. (2006). Nettisivut. Viitattu 26.4.2006. http://www.hameenlinna.fi/tiedostot/HML_2005.pdf.

Ihantola, E-M. (1997). Organisaation budjetointi-ilmapiirin ymmärtäminen organisatoris-sosiaalisessa kontekstissaan. Väitöskirja. *Acta Universitas Tamperensis* 537. Tampereen yliopisto.

Ilmonen, K., Jokivuori, P., Kevätsalo, K. ja Juuti, P. (2000). Luottamus ja paikallinen sopiminen. Sosiologian julkaisuja 66. Jyväskylän yliopisto.

Jokiranta, H. Seinäjoen kaupungin apulaiskaupunginjohtaja. Haastattelu. (2006).

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. (2006). Nettisivut. Viitattu 26.4.2006.
<http://www.khshp.fi/index.asp>.

Karhu, S. (2004). Sairaanhoitopiirien kuntalaskutusjärjestelmät. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kallio, O., Martikainen, J-P., Meklin, P., Rajala, T., Tammi, J. (2006). Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kunnallistutkimuksia. Tampereen yliopisto.

Karhu, S. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin talousjohtaja. Haastattelu. (2006).

Kevätsalo, K., Ilmonen, K. ja Jokivuori, P. (1999). Sopiminen, luottamus ja toimipaikkakoko. Palkansääntö tutkimuslaitos. Tutkimuslauseita. Viitattu 26.3.2007
<http://www.labour.fi/tutkimusjulk/tyopaperit/sel158.pdf>.

Kunnan ja kuntayhtymän talousarvio ja – suunnitelma. Suositus. (2000). Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kuosmanen, P., Meklin, P., Rajala, T. ja Sihvonen, M. (2004). Kunnat erikoissairaanhoitosta sopimassa. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 41. Vammala.

Kähkönen, L. (2002). Näennäismarkkinoiden tehokkuus – teoria ja käytäntö. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3/02. Tampere.

Lukka, K. (1988). Budjettiharhan luominen organisaatiossa. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. sarja A-5:1988.

Lumijärvi, O-P. (1989). A field research into profit center managers' gaming behavior in capital budgeting. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja keskusteluja ja raportteja 3:1989.

Meklin, P. ja Näsi, S. (1994). Budjettiohjauksen uudistus ja laskentatoimen muuttuva rooli julkisessa hallinnossa. Tampereen yliopisto.

- Mäkelä, T. toim. (1994). Uudistuva sairaala. Tampereen yliopisto.
- Neilimo, K. & E. Uusi-Rauva.(2001) Johdon laskentatoimi. Edita. Helsinki.
- Pasanen, V. (1999). Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa? :vertailututkimus sopimusohjauksen soveltamisesta Suomessa ja eräissä muissa maissa. Vaasan yliopisto.
- Pekurinen, M., Junnila, M., Tunturi, T. ja Vainio, J. (1997). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke. Suunnitteluvaiheen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Pekurinen, M. (1999). Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon, sopimusohjaus Pirkanmaalla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Punkari, J. ja Katokari, P. (2003). Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Punnonen, H. (1997). Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 1996. Yhteenvedoa talousarvioista ja suunnitelmista. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen, H., Iso-Hollo-Malvaranta, T. (1998). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon. Vuoden 1999 toimintamenojen toteutumaennusteita ja kehyksiä vuodelle 2000. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen, H. (2000). Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000. Yhteenvedoa talousarvioista ja suunnitelmista. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen, H. (2001). Sairaaloiden tammi-joulukuu 2000. Yhteenvedoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen, H. (2002). Sairaaloiden tammi-joulukuu 2001. Yhteenvedoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen, H. (2003a). Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2002. Yhteenvedo kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Punnonen, H. (2003b). Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien vuosi 2003. Yhteenvedoa talousarvioista. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Punnonen, H. (2003c). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon 2003 tammi-huhtikuun toimintamenoja ja vertailuja edellisvuoteen ja talousarvioihin...aineksia myös 2004 talousarvioihin. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Punnonen, H. (2006). Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2005. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Rajala, T. (2007). Keskustelu 16.5.2007.

Rytkönen, A. (2001). Responsiivisuutta kunnallisiin terveyspalveluihin – Miten? Paikalliset odotukset sopimusohjaukselta Keski-Suomen kumppanuusmallissa. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto.

Salonen, M., Häkkinen, U. ja Keskimäki, I. (1996). DRG-ryhmien kustannuspainot suomalaisella aineistolla. Teoksessa: Toim. Rissanen, P. & Valtonen, H. (1996). Terveystaloustiede. Helsinki: Stakes, Aiheita 1.

Seinäjoen kaupunki. (2006). Nettisivut. Viitattu 26.4.2006.
http://www.sjk.fi/kaupunkitieto/tilastotietoja_seinajoesta.html,
<http://www.sjk.fi/kaupunkitieto/>, <http://www.sjk.fi/kaupunkitieto/historia.html>,
<http://www.sjk.fi/hallinto/organisaatio.html>.

Sihvonen, M. (2003). Kuntalaisten terveyspalvelut neuvottelijoiden käsissä – Erikoissairaanhoidon sopimusohjaus tilaajan näkökulmasta. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Erikoissairaanhoito sairaalassa. Esitteitä 1999:13. Viitattu 4.11.2004 <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/tervh99/tervh3.htm> 4.11.2004.

Suoverinaho, K. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vt. Talousjohtaja, tällä hetkellä toimistopäällikkö. Haastattelu. (2006).

Tuittu, H. (1994). Eliitti, valta ja budjetti. Tutkimus budjettieliitin käyttäytymisestä ja valtakäsityksistä suurissa kaupungeissa. Väitöskirja. Acta Universitas Tamperensis. ser A vol. 429. Tampereen yliopisto.

Tuittu, H. (1997). Kaupunkien valtanaamiot. Tutkimus paikallishallinnon valtaportaista suurissa kaupungeissa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Torvinen, S. (2002) Sopimusohjaus keinona hillitä erikoissairaanhoidon kustannuksia. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.

Valkama, P. (2004). Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

LAIT:

Kuntalaki 2006/578

Kansanterveyslaki 1972/66

Erikoissairaanhoidolaki 1989/1062

LYHENTEET:

NPM: New Public management

DRG: Diagnosis related groups

LIITTEET

Liite 1. Sähköpostiviesti jossa pyydetään kaupunkien talousarviolukujen lähettämistä.

Hei!

Teen graduani aiheesta erikoissairaanhoidon kustannukset ja yhtenä case sairaanhoitopiirinäni minulla on Hämeenlinna, Osaisitteko neuvoa kenen puoleen voisin kääntyä, kun tarvitsisin Hämeenlinnan erikois- ja perusterveydenhoidon talousarvio- ja tilinpäätösluvut vuosilta 1998–2005? Olen yrittänyt kalastella näitä tietoja jo Tilastokeskukselta ja Kuntaliitolta turhaan.

Ystävällisin

terveisin:

Tania

Nawfal

Tampereen yliopisto

Liite 2. Haastattelukysymykset

Haastattelukysymykset:

Luottamus

LUOTTAMUS

1. Mihin asioihin arvioisit kunnassanne/sairaanhoitopiirissänne olevan luottamusta suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
2. Missä taas ei?
3. Mitkä tekijät mielestäsi heikentävät luottamusta kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
4. Mitkä tekijät mielestäsi parantavat luottamusta kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
5. Onko kunnassanne /sairaanhoitopiirissänne tapahtunut muutoksia luottamuksessa sitten sopimusohjauksen käyttöönoton suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
6. Miten luottamus/epäluottamus/tämä ilmenee?

SITOUTUMINEN

7. Onko kunta/sairaanhoitopiiri (siis vastapuoli) mielestäsi sitoutunut tarpeeksi sopimusohjaukseen?
8. Millä tavalla se ilmenee?
9. Onko oma organisaationne sitoutunut mielestäsi tarpeeksi sopimusohjaukseen?
10. Millä tavalla se ilmenee?

ILMAPIIRI

11. Millaiseksi kuvailisit teidän ja kunnan/sairaanhoitopiirin keskinäistä ilmapiiriä?
12. Miksi?

KUNNAN BUDJETOINTIKÄYTÄNTÖ

13. Ovatko mielestäsi kunnan/sairaanhoitopiirin (vastapuolen) esittämät sopimusohjauslaskelmat realistiset?
16. Millaisena pidätte kunnan budjetointikäytäntöjä, erityisesti erikoissairaanhoidon?
17. Miksi?
18. Millaisena pidätte sairaanhoitopiirin hinnoittelun (DRG luokituksen mukaisen) ja tuotteistuksen perusteita?
19. Miksi?

MILLOIN JA MIKSI

13. Missä sopimusneuvottelujen vaiheessa arvioisit kunnallanne/sairaanhoitopiirillä olevan luottamuksen suurimmillaan suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
14. Miksi?

15. Missä sopimusneuvottelujen vaiheessa arvioisit kunnallanne/sairaanhoitopiirillä olevan luottamuksen pienimmillään suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
16. Miksi?

Vaikutusvalta

VAIKUTUSVALTA

1. Miten kuvailisit organisaationne vaikutusmahdollisuuksia sopimusohjausneuvotteluissa suhteessa kuntaa/sairaanhoitopiiriin?
2. Minkälaisiksi arvioisit vastapuolen vaikutusmahdollisuuksia sopimusohjausneuvotteluissa suhteessa teidän organisaatioonne?
3. Onko sinulla mielestäsi valtaa vaikuttaa erikoissairaanhoidon sopimusneuvotteluihin?

MISSÄ JA MILLOIN

4. Jos arvioitte aikaa ennen sopimusohjaukseen siirtymistä, miten arvioitte organisaationne budjettiin vaikuttavien vallan mielestänne muuttuneen sopimusohjaukseen siirtymisen jälkeen?
5. Missä asioissa?
6. Entä vastapuolen organisaatiossa?
7. Missä asioissa?
8. Missä asioissa arvioisit kunnallanne/sairaanhoitopiirillänne olevan vaikutusvaltaa suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
9. Missä taas ei?
10. Milloin sopimusneuvottelujen vaiheessa arvioisit kunnallanne/sairaanhoitopiirillä olevan eniten vaikutusvaltaa suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
11. Miksi?
12. Milloin sopimusneuvottelujen vaiheessa arvioisit kunnallanne/sairaanhoitopiirillä olevan vähiten vaikutusvaltaa suhteessa kuntaan/sairaanhoitopiiriin?
13. Miksi?

KUNNAN/SAIRAANHOITOPIIRIN TODELLISET PÄÄTTÄJÄT

8. Keillä henkilöillä on mielestäsi eniten vaikutusvaltaa sopimusneuvotteluissa?

VALINNANVAPAUDEN RAJOITTEET

9. Mitkä tekijät mielestänne rajoittavat valinnanvapauttanne tarjouksen/erikoissairaanhoidon sopimuksen tekemistä?

SITOUTUNEISUUDEN ASTE SUHTEESSA MUIHIN BUDJETTIOSALLISTUJIIN

10. Kun osallistutte (erikoissairaanhoidon) budjetista päättämiseen, missä määrin kokemuksenne mukaan ”kätenne” ovat sidotut johtuen muista budjettiin osallistuvista henkilöistä tai tahoista?
11. Mistä henkilöistä tai tahoista?

VALTUUSTON TOSIASIALLINEN PÄÄTÖKSENTEKO

12. Valtuustolla on muodollisesti ylin päätösvalta budjettiin ja yleensä kunnallistalouteen liittyvissä kysymyksissä. Käytännössä puhutaan valtuustosta ”kumileimasimena” talousasioissa. Miten itse arvioitte kokemuksenne perusteella valtuuston tosiasiallisen mahdollisuuden päättää määrärahoista ja niiden kattamiseksi tarvittavista tuloista?

ONKO BUDJETOINTI RUTIINIA VAI TODELLISTA PÄÄTÖKSENTEKOA?

18. Miten arvioitte valtuuston vuotuista budjettikokousta, onko se todellinen päätöksentekotilaisuus vai joka vuosi toistuva rutiinitapahtuma tai rituaali?
19. Miksi?

VAIKUTUSVALLAN KOHTEESSA ONNISTUMINEN

20. Sairaanhoidopiiri:
Arvioikaa kuinka hyvin onnistuitte viimevuoden budjetista päätettäessä
- Toimintatulojen
 - Myyntitulojen
 - Toimintamenojen
 - Henkilöstömenojen
 - Palveluiden ostojen
 - Aineiden, tarvikkeiden ja tavaroiden ostojen osalta?
- Kunnille:
- Terveystenhoito
 - Erikoissairaanhoidon menojen ennakkoinnin osalta?

NEUVOTTELUN VAIKUTUS

21. Jos arvioitte omalta kohdaltanne sopimusohjausneuvotteluja, saitteko mielestänne ehdotuksenne läpi vuoden 2005 neuvotteluissa?

Alibudjetointi

ALIBUDJETOINTI

- Joudutaanko teidän kaupungissanne tekemään usein lisäbudjetti erikoissairaanhoidon kuluille/ joudutteko tekemään usein lisälaskutuksia kunnille?
(näytän taloustaulukoita, joissa näkyy alibudjetointia olevan)
- Oletteko joutuneet supistamaan terveyskeskus/erikoissairaanhoidon – toimintaanne viimevuosina?
 - Oletteko joutuneet irtisanomaan väkeä viimevuosina?
 - Onko teillä mielestäsi alibudjetointia?
 - Miten kunnanvaltuustossa reagoidaan budjettilylyksiin?
1. Onko sopimusohjaus mielestäsi vaikuttanut alibudjetointiin?
 2. Miksi alibudjetointia mielestäsi tapahtuu?
 3. Miten?
 4. Milloin alibudjetointia alkoi esiintyä?
 5. Missä erissä?
 6. Miksi näissä erissä?
 7. Mitä vaikutuksia tällä on organisaatioon?

LUOTTAMUS JA ALIBUDJETOINTI

8. Onko alibudjetointi mielestäsi vaikuttanut kunnan ja sairaanhoitopiirin välisiin luottamussuhteisiin?
9. Entä arvionne oman organisaation kykyyn budjetoida?
10. Entä vastapuolen kykyyn budjetoida (erikoissairaanhoidon menoja)?
11. Entä omaan kykyynne budjetoida (erikoissairaanhoidon menoja)?

VAIKUTUSVALTA JA ALIBUDJETOINTI

12. Onko alibudjetoinnin tiedostaminen vaikuttanut oman organisaationne mahdollisuuksiin vaikuttaa (erikoissairaanhoidon) budjettiin ja budjettiseurantaan?
13. Miten?
14. Entä vastapuolen kykyyn vaikuttaa budjettiin?
15. Entä omiin asenteisiin ja mahdollisuuteen vaikuttaa budjettiin?

TULEVAISUUS

16. Miten uskot sairaanhoitopiirin ja kuntien välisen suhteen kehittyvän tulevaisuudessa – uhkia ja mahdollisuuksia?

Liite 3. Haastateltaville sähköpostilla lähetetty haastattelupyyntö

Tampereen yliopisto

Taloustieteiden laitos

Tampere 13.4.2006

Arvoisa

Teen pro gradu -tutkimusta Tampereen yliopiston taloustieteiden laitoksella luottamuksen ja vaikutusvallan sisällöstä ja merkityksestä kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä sopimusjärjestelmässä. Tutkimuksen ohjaajana professori Pentti Meklin. Tutkimus on graduntekijän itsensä rahoittama.

Useat tutkimukset painottavat, että luottamus on pääomaa, joka saattaa alentaa kustannuksia. Luottamus on erityisen tärkeä niille, joilla sopimusjärjestelmässä on vaikutusvaltaa. Tutkimustani varten kerään Teidän sairaanhoitopiirinne keskeisten sopimustoimijoiden omakohtaisia näkemyksiä ja kokemuksia luottamuksen ja vaikutusvallan merkityksestä ja sisällöstä. Minulle olisi ensiarvoisen tärkeätä saada kuulla Teidän asiantunteva mielipiteenne. Tutkimusta varten antamanne tiedot säilytetään ehdottoman luottamuksellisina.

Haastatteluun, joka veisi aikaa n. 1-2 tuntia, ei tarvitse valmistautua etukäteen. Haastattelut tapahtuisivat aikavälillä 19.4.-12.5.06. Soitan Teille tarkemmasta haastatteluajankohdasta. Mikäli haastattelu ei teille lainkaan sovi, niin pyydän teitä ystävällisesti ilmoittamaan siitä sähköpostilla.

Lisätiedusteluihin vastaan sähköpostitse tai puhelimitse.

Kiitoksin jo etukäteen,

kunnioittavasti

Tania Nawfal

hallintotieteiden ylioppilas

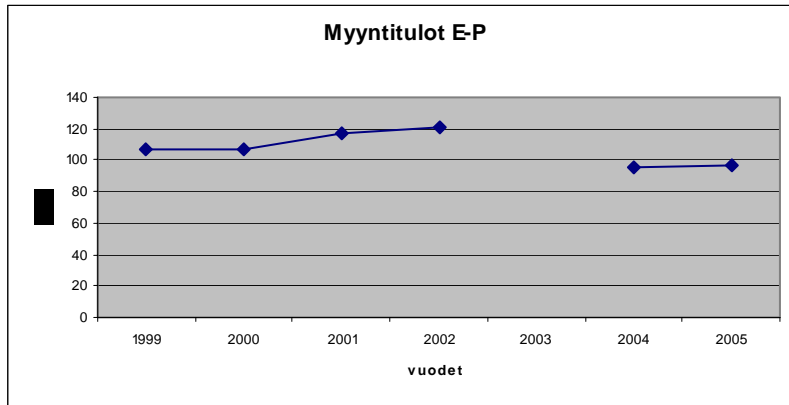
Ilmarinkatu 4 B 42

00100 Helsinki

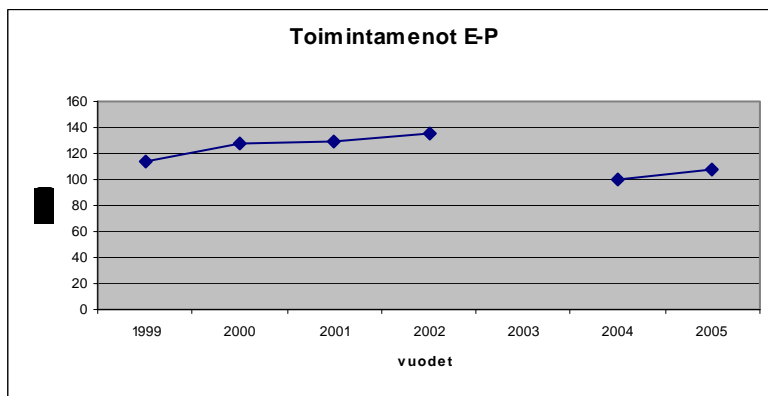
tania.nawfal@uta.fi

050-5952046

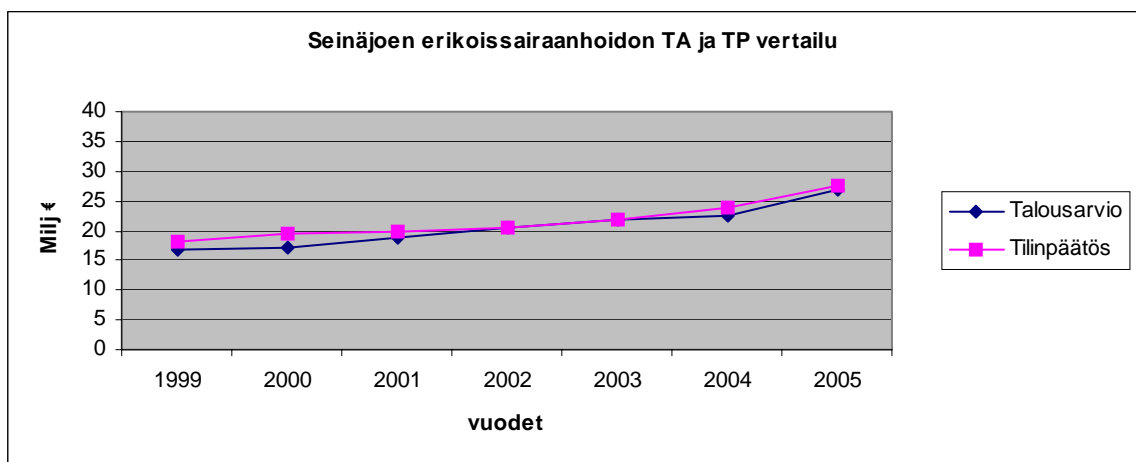
Liite 4. Taloustaulukot



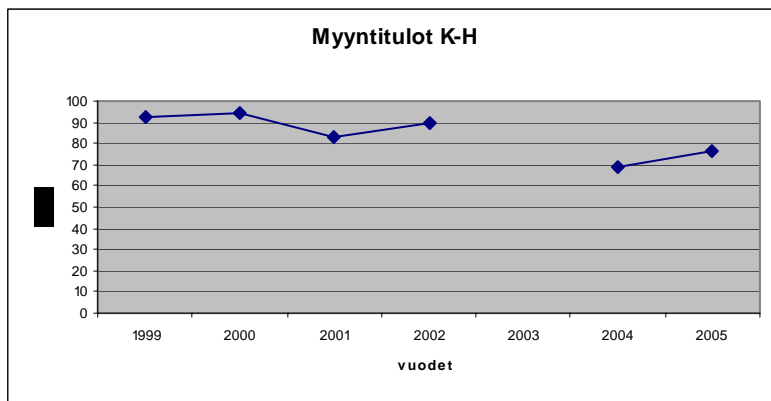
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin myyntitulot 1999–2005



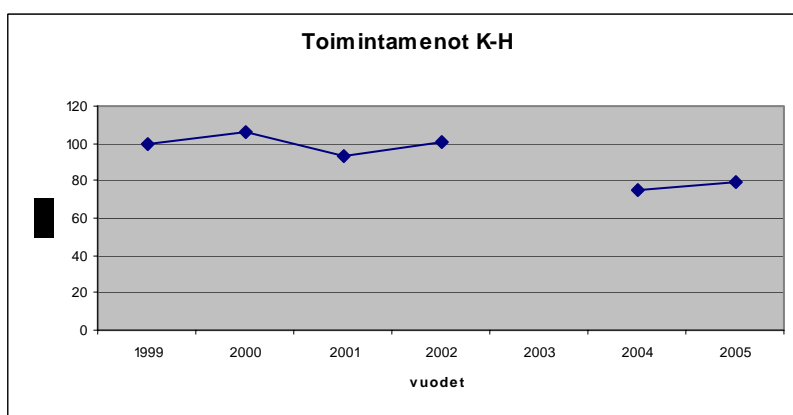
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toimintamenot 1999–2005



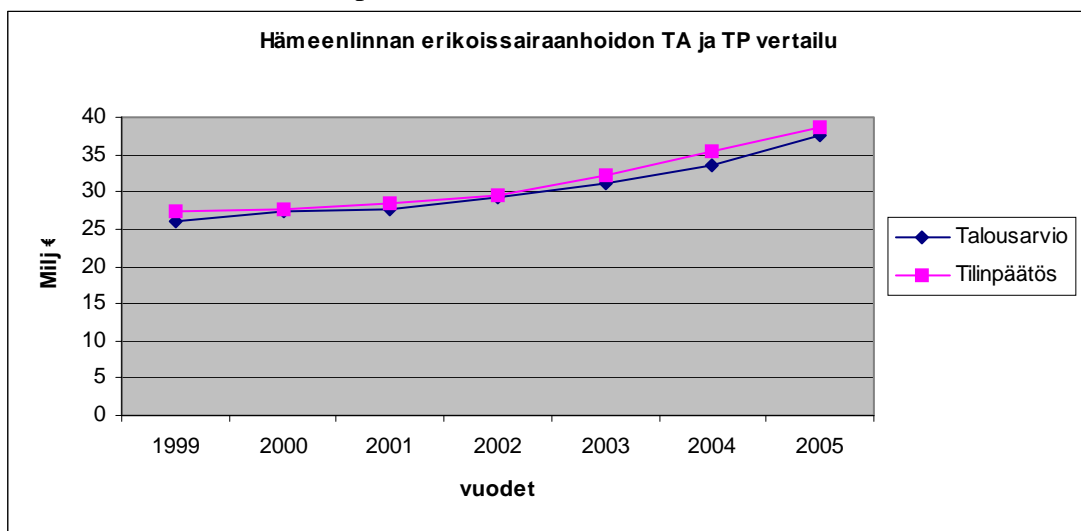
Seinäjoen erikoissairanhoidon talousarvio- ja tilinpäätösvertailu.



Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin myyntitulot 1999–2005.



Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintamenot 1999–2005.



Hämeenlinnan erikoissairaanhoidon talousarvio- ja tilinpäätösvertailu 1999-2005.

